



**UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA**

**CALIDAD DE ATENCION DEL PROGRAMA
DE LA TERCERA EDAD, CLINICA HOSPITAL
SAN FERNANDO SEPTIEMBRE. 1994.**

**POR:
RUTH XESSPE CARRAZCO**

**Trabajo de Graduación
para optar por el título
de Maestría en Salud
Pública (Especialización
en Administración).**

**PANAMA, REPUBLICA DE PANAMA
1995**

T 14

31, III 1995

obra del autor

276547

APROBACIÓN

PRESENTADA POR: Ruth Xesspe C.

APROBADA POR:
DIRECTOR DE TESIS
DR. MANUEL ESCALA

Firma y Título

MIEMBRO DEL JURADO

Firma y Título

MIEMBRO DEL JURADO

Firma y Título

Representante de la Vicerrectoría de Investigación y Post-Grado:

Fecha:

4 / VII / 1995

DEDICATORIA

A Ruthy, el tesoro más valioso que me ha dado la vida, ella se convirtió en mis fuerzas y en mi constante inspiración.

A mis padres: Leoncio y Haydeé, mis hermanos: José, Liliana, Mónica, Roger, quienes en la distancia siempre me brindaron su apoyo y expresaron su confianza en la culminación de mis metas.

A Carlos por el amor que nos une, por su paciencia y comprensión, por todo el apoyo incondicional que me ha brindado.

A las Monjitas del Monasterio de Santa Teresita, quienes conjuntamente con mi hermana Lilianita, elevaron sus oraciones al Altísimo y me dieron la fórmula más hermosa para ser feliz.

AGRADECIMIENTO

- A Dios, Nuestro Señor, por permitirme llegar al final de esta meta.
- Dr. Manuel Escala: por su asesoría, guía, que fué fundamental para llevar a cabo esta investigación.
- Lic. Virginia Vilka: mi eterno agradecimiento por su dedicación en su tiempo libre, en verdad su ayuda incondicional fue clave en esta investigación.
- A todo el personal del programa Home Care en especial a la Lic. Gloria Carey de Caton, enfermera supervisora, que a pesar de sus múltiples ocupaciones siempre encontró un minuto para mí, brindándome importantes aportes para la feliz consecución de este trabajo.
- A la Lic. Cecilia De Iglesias supervisora de la Comisión del Canal, por su colaboración bibliográfica fue vital para el desarrollo de esta investigación.
- A la familia Van Der Hans, a quienes les tengo un profundo cariño y en especial a Liz, quién siempre ha sido como una hermana, dándome siempre sus palabras de aliento y cuidando a mi bebé en los momentos más difíciles.
- A todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron al logro de esta meta, entre ellas la Lic. Doris Blandón quien me dió el toque final, para el éxito de este trabajo y al Lic. Félix Mascarín por su, orientación y asesoría estadística.
- A la Dra. Rosalia Quintero y al Ing. Dario Delgado quienes gentilmente aceptaron ser mis jurados, y dedicaron su tiempo en la revisión de este trabajo.
- Finalmente, a todos los pacientes y familiares del programa Home Care, quienes me inspiran tanto cariño, a ellos gracias por su valioso aporte.

INDICE GENERAL

	PAGINA
TITULO	i
APROBACION	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
INDICE GENERAL	v
INDICE DE CUADROS	x
INDICE DE GRAFICAS	xiv
INDICE DE FOTOGRAFIAS	xvi
RESUMEN	xvii
INTRODUCCION	xix
 CAPITULO 1	
MARCO CONCEPTUAL	1
1.1. Problema	2
1.1.1. Descripción del Problema	2
1.2. Propósito de Estudio	8
1.3. Objetivos del Estudio	8
1.3.1. General	8

	PAGINA
1.3.2. Específicos	9
1.4. Hipótesis	9
1.4.1. Nula	10
1.4.2. Alterna	10
1.5. Variables	11
1.5.1. Independientes	11
1.5.2. Dependientes	11
1.6. Definición Operacional de Términos	11
 CAPITULO 2	
MARCO TEORICO	14
2.1. Generalidades sobre Calidad de Atención	15
2.1.1. Definición	15
2.1.2. Antecedentes Históricos	17
2.1.3. Características	21
2.1.4. Instrumentos que regulan la Calidad de Atención	22

	PAGINA
2.1.5. Dimensiones de la Calidad de Atención	23
2.2. Programa de Garantía de Calidad	24
2.2.1. Propósito	24
2.2.2. Componentes Esenciales	25
2.2.3. Principio del Programa de Garantía de Calidad	25
2.2.4. Variables	27
2.2.5. Plan de Programa de Garantía	28
2.3. Evaluación de la Calidad de Atención	31
2.3.1. Definición	32
2.3.2. Objetivos	34
2.3.3. Características	34
2.3.4. Enfoque de la Evaluación de la Calidad de Atención	36
2.3.5. Tendencias	38
2.3.6. Valoración de la Calidad de Atención a través de la Aceptabilidad	39

	PAGINA
2.4. Generalidades sobre la Población de la Tercera Edad	39
2.4.1. Objetivos de los Servicios de Atención a los Ancianos.	42
 CAPITULO 3	
MARCO METODOLOGICO	43
3.1. Tipo de Estudio	44
3.2. Universo y Muestra	44
3.2.1. Definición de Universo	44
3.2.2. Procedimiento Para la Obtención de la Muestra	45
3.2.3. Unidad de Análisis	47
3.3. Fuente y Técnica de Obtención de Datos	48
3.4. Procedimientos para la Recolección de Información	49
3.5. Limitaciones del Estudio	50
 CAPITULO 4	
PRESENTACION Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	52
4.1. Primera Parte, Estructura del Programa	53

	PAGINA
4.2. Segunda Parte, Proceso y Resultado del Programa	66
4.3. Tercera Parte, Presentación y Análisis de los Resultados de la Encuesta	96
CONCLUSIONES	133
RECOMENDACIONES	136
BIBLIOGRAFIA	145
ANEXOS	153

INDICE DE CUADROS

CUADRO		PAGINA
1	Población por grupo de edad Censo 1990. Contraloría General de la República de Panamá	6
2	Recurso Humano del Programa de Home Care, según cargo, Panamá, Septiembre 1994	59
3	Organigrama del programa Home-Care Clínica Hospital San Fernando 1994	62
4	Organigrama del Departamento de Enfermería Clínica Hospital San Fernando 1994	63
5	Servicio de movilidad según tipo, Programa de Home Care - Panamá 1994	88
6	Consultas, según tipo de atención Programa de Home Care, Panamá 1994	89
7	Total de recetas prescritas, según tipo de atención, programa de Home Care, Panamá 1994	90
8	Servicios de laboratorio en la atención ambulatoria según tipo de examen, programa de Home Care, Panamá, 1994	91
9	Equipo Ortopédico prestado, según tipo, programa de Home Care, Panamá 1994	92

CUADRO		PAGINA
10	Servicio de Imágenes en la Consulta Externa, según tipo. Programa de Home Care, Panamá 1994	93
11	Atención de pacientes, según servicios especializados. Programa de Home care. Panamá 1994	94
12	Atención de pacientes, según servicios ambulatorios especiales. Programa de Home Care. Panamá, 1994	95
13	Pacientes del Programa de Home Care, atendido en la Consulta Externa de la Clínica Hospital San Fernando, según distrito y corregimiento de residencia: septiembre 1994	97
14	Pacientes del Programa Home Care, atendidos en la Consulta Externa de la Clínica San Fernando por sexo, según edad: septiembre de 1994	100
15	Pacientes del Programa Home Care, atendidos en la Consulta Externa de la Clínica San Fernando por opinión según la calidad de atención recibida, según personal de salud o servicio. Septiembre de 1994	103

CUADRO		PAGINA
16	Pacientes del Programa Home Care, atendidos en la Consulta Externa de la Clínica San Fernando, según tipo de orientación recibido para el cuidado de salud. Septiembre 1994	107
17	Pacientes del Progra Home Care, atendidos en la Consulta Externa de la Clínica San Fernando, por cambios en su situación de salud, según principal problema de salud: septiembre de 1994	110
18	Pacientes del Programa Home Care, atendidos en la Consulta Externa de la Clínica San Fernando, por grupo de edad, según cambio en su situación de salud: septiembre 1994	113
19	Pacientes del Programa Home Care, atendidos en la Consulta Externa de la Clínica San Fernando, por atención médica recibida, según cambios en su situación de salud: septiembre 1994	114
20	Pacientes del Programa Home Care, atendidos en la Consulta Externa de la Clínica San Fernando, por principal problema de salud, según cambios en su situación de salud: septiembre de 1994	115
21	Personal del Programa Home Care, de la Consulta Externa de la Clínica San Fernando, por opinión sobre la suficiencia del servicio del programa, según tipo:septiembre 1994	121

CUADRO		PAGINA
22	Opinión del Personal de Home Care sobre la implementación del Programa en otras instituciones: septiembre de 1994	122
23	Actividades que realiza el personal de Home Care, de la Clínica San Fernando, en la Consulta Externa, en visitas domiciliarias y en la Clínica móvil, septiembre de 1994	123
24	La Calidad de Atención está Asociada a los Recursos Humanos (Personal) del Programa	125
25	La Calidad de Atención está Asociada a los Servicios que brinda el Programa de Home Care	128
26	La Calidad de Atención está Asociada al Tiempo de Espera para ser Atendido	131

INDICE DE GRAFICAS

GRAFICA		PAGINA
1	Pacientes del Programa de Home Care, atendidos en la Consulta Externa de la Clínica Hospital San Fernando, según distrito y corregimiento de residencia: septiembre 1994	98
2	Pacientes del Programa Home Care, atendidos en la Consulta Externa de la Clínica San Fernando, por sexo, según edad: septiembre de 1994	101
3	Pacientes del Programa Home Care, atendidos en la Consulta Externa de la Clínica San Fernando, por opinión según la calidad de atención recibida, según personal de salud o servicio: septiembre de 1994	104
4	Pacientes del Programa de Home Care atendidos en la Consulta Externa de la Clínica San Fernando por opinión sobre la calidad de atención recibida, según servicio: septiembre de 1994	105
5	Pacientes del Programa Home Care, atendidos en la Consulta Externa de la Clínica San Fernando, por opinión del tipo de orientación recibido para el cuidado de salud: septiembre 1994	118
6	Pacientes del Progra Home Care, atendidos en la Consulta Externa de la Clínica San Fernando, por cambios en su situación de salud, según principal problema de salud: septiembre de 1994	111

GRAFICA	PAGINA
7 Personal del Programa Home Care, de la Consulta Externa de la Clínica San Fernando, por opinión sobre la suficiencia del servi- cio del programa, según tipo:septiembre 1994	126
8 Opinión del Personal de Home Care sobre la implementación del Programa en otras insti- tuciones: septiembre de 1994.	129

INDICE DE FOTOGRAFIAS

NUMERO		PAGINA
1	Entrada principal del programa Home Care San Fernando.	146
2	Llegada de un paciente ambulatorio en el transporte del programa.	146
3	Atención de enfermería en la Consulta Externa.	147
4	Atención médica en la Consulta Externa.	147
5	Paciente después de ser atendido muestra su satisfacción.	148
6	Atención de enfermería en la Clínica Móvil.	149
7	Paciente que ha recibido atención en la Clínica Móvil. (Iglesia Episcopal San Cristobal).	150
8	Atención de enfermería en el día de pago.	151
9	Atención de la trabajadora social en el día de pago	152
10	Pacientes del Programa Home Care en el Hogar Belen de Chanis.	153
11	Pacientes del Programa en el Hogar Brisas del Mar en Veracruz.	153

RESUMEN

El estudio va dirigido a identificar la calidad de atención que se brinda en el programa de Home Care.

El diseño de la investigación es de tipo operacional, evaluativo, transversal, ya que se refiere a un momento en el tiempo, septiembre de 1994.

A través de este estudio se identifica la calidad de atención de acuerdo al grado de satisfacción del usuario que asiste a este programa.

Es un estudio por muestreo, cuyo objetivo fundamental es conocer el nivel o proporción de la población que se siente satisfecha con la calidad de atención recibida en el programa de Home Care, que lleva a cabo la Clínica Hospital San Fernando. Este proceso proporcionó una muestra de 150 pacientes.

El instrumento para la captación de los datos fueron dos cuestionarios: uno dirigido al personal del programa y el otro al paciente.

El análisis de los datos permitió señalar que el 85.5% de los usuarios del programa de Home Care opinan que la atención del

médico y el de la enfermera es excelente, respecto a la percepción que tiene el personal del programa sobre la suficiencia de recursos humanos el 50% opina que es suficiente el personal médico y de Enfermería.

INTRODUCCION

El cuidado de la Salud es un proceso complejo. El servicio recibido por el paciente es el producto final de una complicada interrelación entre la solicitud relevante del paciente, las habilidades técnico-científicas del personal de salud y las políticas de salud.

Es de gran importancia determinar la calidad de atención que brindan los diferentes programas de una institución a los pacientes y así poder ampliar los límites de eficiencia y eficacia de los servicios y establecer la medida en que se alcanzan los objetivos previamente establecidos.

Los pacientes son recursos indispensables de información para juzgar la calidad de su cuidado. Ellos expresan la satisfacción o insatisfacción, verifican o fallan las acciones del personal médico, pueden regular la calidad según sus preferencias, sin embargo su participación es necesaria para el éxito de la salud que va a reflejarse en los resultados del cuidado.

En esta investigación enfocamos la determinación de la calidad de atención que reciben los pacientes en el único programa a nivel

privado dirigido exclusivamente a cierto grupo de personas de la Tercera edad, programa denominado Health Home Care Program (HHCP) que se desarrolla en la Clínica Hospital San Fernando.

Asi mismo, daremos a conocer una visión de las personas de la Tercera Edad.

En el primer capítulo se presenta el Marco Conceptual que incluye la descripción del problema, la justificación, los objetivos, propósitos, variables.

El segundo capítulo, comprende una revisión bibliográfica en el que se encuentran aspectos relacionados al sistema de salud; calidad de atención, características, componentes esenciales, principios, organización, evaluación, enfoques, guías.

En el tercer capítulo se desarrolla la Metodología, el tipo de estudio, población, muestra y los instrumentos utilizados para la recolección de datos.

El cuarto capítulo contiene el análisis e interpretación de los datos y finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones de acuerdo a los resultados obtenidos.

CAPITULO 1
MARCO CONCEPTUAL

1.1. Problema

1.1.1. Descripción del Problema

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) cuando presenta los objetivos de su programa "Salud Para Todos en el Año 2,000: "señala en su objetivo 31... para el año 1,990 todos los miembros deben haber puesto en marcha mecanismos que aseguren la Calidad de los Cuidados Médicos dentro de un Sistema de Salud" ¹

Observamos que existe un objetivo en relación a la calidad de los cuidados que se deben ofrecer a los pacientes, pero esta calidad debe ser valorada. La determinación de la calidad de atención, despierta cada día un mayor interés por parte de los administradores, los responsables de las políticas, así como de los propios usuarios.

Existen diferentes enfoques para determinar la calidad de atención, en función de la institución, de los trabajadores y la percepción por parte del paciente.

La **Institución**: que otorga la atención pretende que ésta sea proporcionada por los trabajadores a los pacientes con oportunidad,

¹ Organización Mundial de la Salud, "**Serie Salud Para Todos en el Año 2,000**" (Documento Oficial, Ginebra, 1988) pág.52.

calidad en la aplicación de las normas y programas que la propia institución emite.

El **trabajador**: espera dar atención a los pacientes contando con instalaciones, equipo e instrumental apropiado, reconocimiento de sus supervisores, remuneración congruente con la magnitud y responsabilidad de su trabajo.

Los **pacientes**: que tienen acceso a la institución esperan contar con servicios médicos accesibles, atención de cortesía, un ambiente agradable, también esperan contar con personal médico, suficiente en cantidad y capacidad profesional y técnica, valoración integral, con resultados satisfactorios de la atención en cuanto a solución del problema o de los problemas que motivaron el ingreso.

El paciente está física y mentalmente dependiente del sistema de servicio, tiene derecho a recibir una alta calidad de cuidados disponibles. Donabedian en 1980, señala que la atención médica de calidad, es el tipo de atención que espera va a maximizar el estado de bienestar del paciente.

Los enfoques en relación con la calidad de atención son

diferentes; pero debe existir un balance.

De un modo operativo, la calidad existencial es la producción de salud y satisfacción para una población con las limitaciones de la tecnología existente, los recursos disponibles y las características de los usuarios y que en la medida en que los consumidores están satisfechos o no con los proveedores, lo están con el sistema.

Dentro de las características del usuario, desde el punto de vista demográfico encontramos que en la estructura de la población mundial el envejecimiento es el cambio más sobresaliente, debido mayormente a una disminución de las tasas de fecundidad y al avance de las técnicas y de la ciencia médica.²

Los países de América Latina comparten una serie de características y tendencias demográficas, se estima que estos países experimentan un crecimiento demográfico explosivo en las próximas cuatro décadas, así para el año 2025, la población latinoamericana habrá aumentado hasta 865 millones; la población irá envejeciendo lo cual generará problemas sociales, económicos, políticos y de salud.

² Elías Anzola, **"La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa"** O.P.S. (Washington D.C., 1994), pág.36.

Se espera que la tasa de mortalidad en toda América Latina disminuya de 8.2 (entre 1980-1985) a 6.7 x 1,000 habitantes (entre el 2020 y 2025).

En Panamá la tasa de mortalidad x 1,000 habitantes para el año 1955-2000 es igual a 5.5 la tasa bruta de natalidad x 1,000 habitantes = 23.9 y la esperanza de vida al nacer = 72,8.

De acuerdo al censo de 1990 en Panamá, la población es de 2,329,329 habitantes de los cuales 176,465 que es el 7.6% corresponden a las personas que superan los 60 años.

De acuerdo a las proyecciones el número de personas de 60 años y más de edad en el 2,000 será 224,000 y de 530,000 en el año 2025.³

La expectativa de vida va a aumentar, el número de personas de 80 años y más, va a ser mayor.

El aumento del promedio de vida trae como consecuencias incremento de la población de ancianos, de las enfermedades

³ Contraloría General de la República, **Estadística Panameña**. Panamá, Boletín No.949 (1984), pág.20.

Cuadro No.1

**Población por Grupo de Edad. Censo 1990.
Contraloría General de la República de Panamá.**

GRUPO DE EDAD (años)	POBLACION	
	NUMERO	%
TOTAL	176,465	100.0
60 - 64	54,054	30.6
65 - 69	41,962	23.8
70 - 74	33,109	18.8
75 - 79	23,422	13.2
80 - 84	13,040	7.4
85 y más	10,878	6.2

Proporción tercera edad 176,465

$$\frac{\quad}{2,329,329} = 7.6 \%$$

Fuente: Censo 1990. Contraloría General de la República de Panamá.

degenerativas, invalidantes, pacientes de asistencia médica, psicológica y socio económica. Este fenómeno del envejecimiento de la población se observa en todas las provincias del país y con variada intensidad, lo que constituye una preocupación especial, porque es el grupo más vulnerable, de mayor riesgo y dentro de este grupo necesitarán mayor atención los que están solos y enfermos, lo que significa que el sector salud deberá proyectar estrategias orientadas a satisfacer las necesidades de salud para estas personas.

En el proceso de la planificación se debe dejar de ver al anciano como la culminación del desarrollo del bienestar social que ha alcanzado.

Es necesario intentar una integración de los programas de atención de las personas de la tercera edad con el resto de los programas y con las políticas y objetivos de los diferentes sectores de salud. Habrá, así mismo que admitir que los programas en pro del anciano constituyen un derecho y no una acción caritativa y que ese derecho esté vinculado con la ética que debe seguir los destinos de la humanidad.

Actualmente en nuestra ciudad existe el programa de "Home Care", dirigido a un grupo de personas de la tercera edad, quienes en su etapa productiva participaron en la Construcción del Canal de Panamá, dichas personas tienen una diversidad de problemas sociales, médicos y de enfermería que requieren solución, y se desea determinar la calidad de atención que brinda el programa de Home Care que se desarrolla en la Clínica Hospital San Fernando.

1.2. Propósito del Estudio

Al difundir el funcionamiento del programa y determinar de la calidad de atención que se brinda en el programa de Home Care, se desea promover la implementación de programas similares en las instituciones de salud que están fuera del contexto de la Clínica Hospital San Fernando.

1.3. Objetivos del Estudio

1.3.1. General

El objetivo general de esta investigación es determinar la

Calidad de Atención del Programa de Home Care dirigido a las personas de la tercera edad que se desarrolla en la Clínica Hospital San Fernando.

1.4.2. Específicos

- a. Describir la organización y recursos existentes en el programa.
- b. Dar a conocer los servicios de atención que brinda el programa a los pacientes de la tercera edad.
- c. Determinar la percepción del personal de salud que labora en dicho programa, sobre el desarrollo del mismo.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Nula

- " La calidad de atención no está asociada a los recursos humanos, al tiempo de espera y a los servicios que brinda el programa de Home Care."

1.4.2. Alterna

- "La calidad de atención está asociada a los recursos humanos, al tiempo de espera y los servicios que brinda el programa de Home Care".

1.5. Variable

1.5.1. Independientes

- a. Organización y recursos del programa.
- b. Servicios de atención.
- c. Funcionamiento.
- d. Tiempo de espera.

1.5.2. Dependiente

- a. Calidad de atención del programa de la tercera edad, Home Care San Fernando.

1.6. Definición Operacional de Términos

1.6.1. Calidad de atención: Grado de satisfacción, que siente el usuario del programa de Home Care y se ha establecido una escala de: excelente, satisfactorio, deficiente.

1.6.2. Persona de la Tercera Edad: Toda persona mayor de 60 años.

1.6.3. Home Care: Es un término en ingles que se refiere al programa, se desarrolla en la Clínica Hospital San Fernando, donde se brinda atención médica, de Enfermería y Social.

1.6.4. Paciente del Programa de Home Care: Todo paciente que cumple con los requisitos para pertenecer al

programa: Jubilado, no estadounidense, con incapacidad física i/o mental.

1.6.5. Clínica Móvil: Atención médica y de enfermería que se brinda en las iglesias: Episcopal San Cristóbal, San Pablo, El Carmen (Juan Díaz).

1.6.6. Clínica Diabética: Atención ambulatoria, en la consulta externa, programada sólo para pacientes diabéticos.

1.6.7. Consulta Externa: Atención ambulatoria que se brinda en los consultorios del programa de Home Care.

1.6.8. Clínica de día de pago: Atención que se brinda, solo el día que los pacientes van a cobrar sus cheques mensuales de jubilación.

1.6.9. Tiempo de espera: Es el tiempo transcurrido entre el

momento que el paciente registra su llegada y el instante en que el médico lo atiende efectivamente.

CAPITULO 2
MARCO TEORICO

2.1. Generalidades sobre Calidad de Atención

2.1.1. Definición:

Avedis Donabedian manifiesta que la atención de mejor calidad es aquella que produce la mayor mejoría prevista en estado de salud.⁴

Lee y Jones definen la Calidad de Atención en forma de "artículos de fé" estos artículos son juicios de valor que se aplican a distintos aspectos, propiedades, componentes o alcances de un proceso denominado atención médica.⁵

Para Feigemban, la calidad incluye los factores tanto técnicos como humanos que intervienen en la producción del bien o servicio tiene un alcance que va desde las etapas anteriores a la producción del bien o servicio hasta las etapas posteriores a la población del bien o a la prestación del servicio.⁶

⁴ Avedis Donabedian, **"Calidad, Costo y Salud"**, OPS. No.534 (Washington, D.C., 1992) pág 810.

⁵ Avedis Donabedian, **"Evaluación de la Calidad de Atención Médica"** OPS. No.534. (Washington, D.C., 1992), pág.382.

⁶ José María Paganini, **"Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria"** Vol. 115 No.6 (Washington, D.C., 1995), pág.42.

Asimismo; Howard Girloq refiere que la calidad debe definirse como el grado en el cual los servicios de salud para individuos y poblaciones mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los procedimientos profesionales actuales.

Otro autor, Juran, afirma que la calidad se mide por el grado en el cual el producto o servicio satisface las exigencias del usuario.⁷

Thora Kron nos define la calidad de cuidado o garantía de calidad como "Dar asistencia a todas las personas en un nivel óptimo de excelencia y esfuerzo persistente para obtener un continuo mejoramiento. Se enfoca más de lo que debía hacerse que en lo que se hace".⁸

Para David D. Rutstein: la calidad es el efecto de la atención sobre la salud del individuo y de la población. Las mejoras de calidad de atención deben reflejarse en una salud mejor. Pero debe

⁷ Roemer, M.I., y Montoya Aguilar, "**Evaluación y Garantía de Calidad**" OMS, Publicación No.105, (Ginebra, 1988), pág. 2.

⁸ Thora Kron, **Liderazgo y Administración en Enfermería**, 5ta. Ed., (México, Ed. Interamericana, 1989), pág. 177.

diferenciarse de la eficiencia, la calidad esta relacionada con los resultados y la eficiencia con el proceso de atención.⁹

Actualmente se utiliza el término Garantía de Calidad, como el conjunto de actividades destinadas a evaluar la calidad de atención. El Dr. Humberto de Moraes N. define la "garantía de calidad" como un sub-programa de la programación local de los servicios de salud, que garantiza a cada paciente recibir atención diagnóstica o terapéutica específicamente indicada, para alcanzar un resultado óptimo, de acuerdo con los avances recientes de las ciencias médicas, y en relación a la enfermedad principal o secundaria, a la edad, y al régimen terapéutico asociado.¹⁰

2.1.2. Antecedentes Históricos

A mediados de 1800, Florence Nightingale comenzó a mantener estadísticas mortales en soldados británicos.

-
- ⁹ David D. Rutstein y otros, "**Como medir la Calidad de Atención Médica: un Método Clínico**" Investigaciones sobre servicio de salud No.534, (Washington D.C., 1992) pág.703.
- ¹⁰ Humberto de Moraes N., **Garantía de Calidad en Hospitales de América Latina y el Caribe**, No.13, (Washington, D.C., 1992), pág. 88.

Ella uso esta información para conseguir el interés en el cuidado del enfermo. Más tarde ella propuso un sistema para el uso de las camas de hospitales con varios indicadores de salud, en orden de promover efectivo uso de estas camas y el tipo de cuidado. Los datos recolectados incluyen el número de pacientes admitidos al hospital anualmente, el número de muestras, los que se recuperaban y el número de pacientes incurables.¹¹

Estos datos médicos específicos y tratamientos quirúrgicos son correlacionados con diagnósticos categóricos y tasas de mortalidad.

En 1900 la Asociación Médica Americana comienza a llevar programas de educación médica. La Asociación de Enfermeras comienza también a desarrollar modelos.

El Dr. Abraham Flexner, fue uno de los primeros en determinar la calidad de los cuidados, durante 1910 publicó su famoso informe sobre la calidad de las escuelas médicas en los Estados Unidos.

En 1913, el Colegio Americano de Cirujanos llegó a ser una organización acreditada y formulaba normas para la práctica y

¹¹ Harold Koontz y Caryl O'Donnell, **Curso de Administración Moderna**, (USA, Editorial Mc Graw Hill, 1991), pág 89.

preparación de médicos. Durante los años 1940 y 1950 el público desarrolla un gran interés en la organización, planeamiento y evaluación de los servicios de salud. En 1952, la Joint Commission of Accreditation of Hospitals desarrolló métodos de auditoría para determinar la calidad de cuidados.

Más tarde, en 1976 se formó una comisión adjunta de acreditación de cuidados de salud "American Nurses' Association", comenzó a establecerse un modelo estructural y con reglas, relacionados al ambiente donde se brindarían los cuidados al paciente, con la utilización de un nuevo sistema con efectivas modalidades para satisfacer los problemas de salud identificados y por lo tanto asegurar respuestas satisfactorias tanto para los pacientes como para el personal de salud. Dicha asociación publicó un modelo para el control de calidad.

En relación a la calidad, Donabedian (1982) divide el manejo de un episodio de enfermedad dentro de dos aspectos: (1) técnica de cuidado significa la aplicación de la ciencia y tecnología de medicina, y (2) cuidado interpersonal, el cual incluye la interacción social y

psicológica entre el cliente y el medio. Para Donabedian existe un tercer elemento del cuidado, "Amenidad" que contribuye al manejo de las relaciones interpersonales y son frecuentemente relacionadas con la satisfacción paciente/médico con el resultado final. Desde que socialmente definimos valores y normas, incluyendo estos dictados por la profesión, gobierna la interacción de individuos en ambas situaciones generales y particulares. Sigue con el grado de calidad en el manejo de las relaciones interpersonales es medida por lo extenso de la conformidad de estos valores y normas. Mientras que el grado en el cual las relaciones interpersonales entre cliente y médico puede influenciar la naturaleza y éxito del manejo técnico de los cuidados es difícil de medir.

A fines de 1988, la Organización Panamericana de la Salud realizó un taller sobre hospitales donde se evidenció la necesidad de revalorizar el concepto de calidad por ser atributo fundamental de la atención médica.

En mayo de 1991, la Organización Panamericana de la Salud, organizó un seminario regional, con la finalidad de discutir enfoques

estratégicos sobre el tema.

Actualmente existen programas diseñados para determinar objetiva y sistemáticamente la calidad y el cuidado apropiado del paciente, mejorar la atención y resolver problemas.

Hay modelos establecidos para garantizar la calidad de atención con sistemas de documentación, de problemas orientados, manejo de casos y cuidados primarios, cada uno de estos sistemas han sido elaborados en función al mecanismo de responsabilidad.

2.1.3. Características de la Calidad de Atención

Según Rodrigo Bustamante,¹² la calidad de atención debe tener las siguientes características.

- **Oportunidad:** que la atención de los pacientes sea a su tiempo, que satisfaga las necesidades de salud en el momento indicado con los recursos adecuados.
- **Continuidad:** que sea llevada con una secuencia lógica y bajo la responsabilidad ininterrumpida de un profesional.

¹² Rodrigo Bustamante, Apuntes de Cátedra, **Planeación y Evaluación**, (Universidad Javeriana, Bogota, 1989), pág.7.

- **Suficiencia e integridad:** es decir, dar satisfacción adecuada a las necesidades de salud de los pacientes mediante el suministro de los recursos indispensables para atenderlo de manera integral, en sus aspectos preventivos, curativos, de rehabilitación y de asistencia social.

2.1.4. Instrumentos que Regulan la Calidad de Atención

Los instrumentos que regulan la calidad de atención, son:

- **La Acreditación:** Es el procedimiento de evaluación de los recursos institucionales, voluntarios, periódicos y reservados que tiende a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente aceptados. Los estándares pueden ser mínimos o más elaborados y exigentes, definiendo distintos procedimientos.
- **La Categorización:** Es la tabla o clasificación que permite definir niveles, concentrando actividades, clasificando prestaciones.
- **La Habilitación:** Es un procedimiento que desarrolla la autoridad sanitaria y define las condiciones mínimas estructurales.

- **Los Programas de Autoevaluación:** Son métodos de monitoreo tales como las discusiones de casos clínicos, la revisión de registros médicos.

2.1.5. Dimensiones de la Calidad de Atención

Entre las dimensiones de la calidad de atención están:

- **Efectividad:** Es el poder de un determinado procedimiento o tratamiento para mejorar el nivel de salud.
- **Eficiencia:** Prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados sanitarios por unidad de recursos utilizados.
- **Accesibilidad:** Grado de satisfacción de los pacientes respecto a la asistencia sanitaria.
- **Competencia Profesional:** Puede referirse a determinadas técnicas y a las relaciones interpersonales con el paciente. Lo esencial es la relación de la capacidad del profesional con la mejor utilización de los conocimientos para proporcionar salud y satisfacción a los usuarios.¹³

¹³ R. Heather Palmer, **Evaluación de la Asistencia Ambulatoria**, (Madrid, 1990), pág.20.

2.2. Programa de Garantía de Calidad

Como se mencionó anteriormente, éste es un componente de la programación local de los servicios de salud, el cual desarrolla actividades destinadas a evaluar la calidad de atención.

La garantía de calidad es una necesidad en términos de eficiencia y una obligación en términos éticos y morales.

2.2.1. Propósito del Programa de Garantía de Calidad

El propósito del programa es monitorear y evaluar la calidad adecuada a las necesidades del paciente.

La calidad puede ser medida por el uso de niveles, un nivel será alguna medida predeterminada de extensión y calidad. Los niveles, el valor, la filosofía y objetivos de un individuo u organización podría proporcionar el esqueleto para diseñar un programa de calidad asegurada. La inclusión de estructuras, procesos y niveles resueltos como lo define Donabedian (1982) podrán asegurar un comprensivo y efectivo acercamiento para monitorear la calidad de cuidados.

2.2.2. Componentes Esenciales

Entre los componentes del programa de garantía de calidad tenemos:

1. Evaluación de criterios, objetivos medibles para cada función.
2. Evaluación del servicio ofrecido utilizando como base los criterios establecidos anteriormente.
3. Identificación y evaluación científica de los problemas detectados en el establecimiento de prioridades basados en el contacto con el paciente.
4. Implementación de las decisiones y las acciones orientadas a eliminar los problemas identificados.
5. Evaluación del contacto especificando en el plan correctivo sobre el problema.
6. Documentación de las actividades evaluativas.

2.2.3. Principios del Programa de Garantía de Calidad

1. La calidad de atención es responsabilidad del médico y la enfermera, quienes son los mayores proveedores de servicios

de salud. Ambos deben colaborar con todos los medios a su alcance para mejorar el cuidado del paciente.

2. La coordinación es necesaria para garantizar que los objetivos y las actividades se logren.
3. El asegurar que existan recursos humanos y económicos para desarrollar y mantener la garantía de calidad deseada, sugiere que el 10.2% del total del personal de la agencia se dedique a actividades del programa.
4. El mejor uso del personal asignado al programa debe enfocarse desde la investigación de los factores de cuidados críticos.
5. El factor para asegurar la calidad en la atención de la paciente es el estimado correcto del cuidado.
6. El logro de los objetivos en el cuidado del paciente depende de un óptimo funcionamiento del proceso, por lo tanto se necesita recibir retroalimentación de todas las partes involucradas en este sistema.
7. Tan pronto se identifiquen las distintas áreas que necesitan mejorarse, el cambio puede lograrse.

8. La recolección de datos y análisis de la calidad debe estar relacionado con un personal de jerarquía que puede tomar decisiones.
9. Se debe incluir una persona con autoridad para cambiar los reglamentos en la selección del personal e introducir en caso necesario más y mejor personal.

2.2.4. Variables

Para desarrollar efectivamente un programa de garantía de calidad será necesario que se presenten las siguientes variables:

- Calidad técnica de los profesionales.
- Uso eficiente de los recursos.
- Minimización de riesgos de lesiones asociadas por los servicios de salud ofrecidos.
- Satisfacción del paciente en sus demandas, expectativas y accesibilidad a los servicios de salud.
- Un sistema local de salud, donde los servicios intra y extrahospitalarios estén coordinados e integrados.

Para lograr realmente altos niveles de calidad, son necesarios sistemas de control y evaluación formales.

2.2.5. Plan de Programa de Garantía de Calidad

Es desarrollado por el coordinador, administrador, y consta de los siguientes puntos:

1. Determinar el propósito y la filosofía del programa de garantía de calidad.
2. Definir la relación, calidad - organización, su política sobre calidad.
3. Determinar las metas de la organización del programa.
4. El Administrador General debe definir las siguientes metas:
 - Valoración de la calidad del servicio.
 - Identificación del problema.
 - Toma de decisiones.
 - Prevención de problemas.
 - Resolución de problemas.
 - Mejorar la documentación.
 - Mantener un nivel de metas.
 - Mantener la real relación costo-eficiencia.
 - Mejorar la satisfacción del trabajo.

- Desarrollar el más alto nivel de destreza y conocimiento del empleo.
- Aumentar la satisfacción del paciente.

Las metas permiten al personal mejorar su trabajo en equipo, ya que conocen lo que se espera de ellos y lo que pueden esperar del programa.

Las metas son declaraciones amplias que cubren el servicio y todas las actividades que se desarrollan.

5. Para definir la efectividad del programa se requiere mejorar la calidad.

La calidad es una función para monitorizar metas establecidas identificando excepciones que se realcionen con esas metas, evaluar y percibir problemas.¹⁴

Las actividades de mejoramiento de calidad incluyen acciones que se toman específicamente como resultado de las funciones del programa éstas tienen como fin corregir problemas, actuales que han sido identificados y analizados por las actividades del programa y para mejorar aspectos específicos del cuidado del paciente.

¹⁴ R.H. Brook y William R.N., **Quality Assurance Today and Tomorrow**, (USA, 1991), pág.27.

Las actividades de calidad podrían incluir:

1. Certificaciones.
2. Percepción del paciente (satisfacción o insatisfacción).
3. Educación continua.
4. Comparar la calidad del servicio que recibe por el programa y por otros servicios.
5. Revisión constante de la política administrativa.
6. Delinear las actividades del programa a medida que se aplican.
7. Establecer la metodología y el mecanismo para evaluar el servicio.
8. Determinar las funciones para el comite del programa.
9. Establecer un plan para implementar las diversas funciones del programa de calidad, riesgo administrativo, reporte de actividades, quejas y sugerencias del paciente.
10. Definir las responsabilidades de las diferentes actividades del programa.
11. Establecer el plan para el reporte administrativo.

12. Determinar el mecanismo de evaluación del programa para verificar el cumplimiento de las metas.

En las instituciones donde exista el programa de calidad, es importante que sea identificado en los organigramas funcionales y estructurales para dar a conocer la estructura de la unidad.

Se debe tener un manual de política y procedimientos que defina los procedimientos específicos para el funcionamiento del programa, este manual es un auxiliar de valor en el entrenamiento y la integración de cada persona a su trabajo de acuerdo a las metas de la institución.

2.3. Evaluación de Calidad de Atención

La evaluación de la calidad de atención se realiza con el fin de mejorar los servicios de salud y promover cambios efectivos en el sistema de prestación de los mismos, es así como la evaluación de la calidad de atención se transforma en una simple cuestión de establecer estándares y desarrollar indicadores para señalar cuando el sistema se ha extendido más allá de los límites establecidos.

2.3.1. Definición

Evaluación es una de las fases del proceso administrativo que consiste en medir los resultados alcanzados en relación con el plan formulado.

Asimismo, se define como el proceso por el cual se describe, mide, compara, analiza y explica una situación que se desea modificar o mantener según objetivos predeterminados.

La evaluación de la calidad de atención se ocupa casi exclusivamente de la atención del paciente y se refiere a los elementos, procedimientos y consecuencias de aplicar varios insumos, incluidos recursos humanos, capital y materiales, conocimientos, habilidades y juicio crítico, al cuidado de cada paciente.¹⁵

Rodrigo Bustamante dice: la evaluación de la calidad de atención, es la medición, el análisis comparativo y valoración de las características de la atención de salud que presta una institución a sus beneficios, así como los efectos alcanzados por esta atención, en términos de resultados en el estado de salud y en la satisfacción del

¹⁵ Manuel Barquin, **Dirección de Hospitales**, 5ta Edición, (México, Ed. Interamericana, S.A., 1992), pág. 223.

paciente y del proveedor.¹⁶

Constanzo dice: evaluación de la calidad de atención es "desarrollar criterios que sirvan para evaluar la operación de los componentes del sistema de prestación de salud".¹⁷

Se deben analizar a su vez 3 aspectos.

1. El sujeto o fenómeno que se evalúa: sobre esto hay dos escuelas: la primera apoya la evaluación del desempeño profesional en cuanto a técnicas, conocimientos, evaluación del programa o sistema de salud, entendiendo por programa el de la prestación de los servicios. La segunda escuela se basa en un enfoque más aceptable por ser despersonalizado.

2. Los atributos o características del sujeto o fenómeno.

Hay dos consideraciones: la forma de aplicar los conocimientos y la tecnología para la atención y la relación personal, es decir, la relación entre el proveedor y el usuario, la aplicación de la ética profesional.

¹⁶ Rodrigo Bustamante, **Op. Cit.**, pág.12.

¹⁷ Constanzo, G. e Illan Vertinsky, **Measuring the Quality of Health Care a Decision Oriented Tipology Medical Care**, Vol.13, (U.S.A.) pág.15.

3. Los criterios y normas para calificar cada atributo.

Desde el punto de vista operativo se trata de definir criterios y normas específicas para cada caso. Estos criterios pueden ser implícitos donde los profesionales plantean y ponen en práctica en cada caso particular y son poco confiables y los explícitos que se determinan previamente a la práctica de la atención, éstos servicios son para el promedio de los casos pero no para la totalidad de ellos.

2.3.2. Objetivos

Las evaluaciones tienen tres objetivos:

1. Respalda la buena práctica de la atención de salud mediante la identificación de sus elementos eficaces y eficientes.
2. Indicar las áreas que deben ser mejoradas.
3. Brindar al personal de salud enseñanza constante acerca de su propia práctica.

2.3.3. Características

1. **Confiabilidad:** o sea que la información de los casos que se

analizan y las instituciones involucradas en la evaluación, no aparecen señaladas con su nombre u otra forma, además las prestaciones de los casos que se hagan, serán de tal forma que nos permitan identificaciones del paciente ni de los proveedores de la atención.

2. Impersonal: o sea que no hay que guiarse por subjetivismo como el que consideramos que una persona sea buena o mala, el análisis debe hacerse sobre la atención que se presenta y no sobre las personas proveedoras de dicha atención.

3. Permanente: la evaluación debe ser parte integrante del proceso ordinario de prestación de atención y de los servicios de salud.

4. Participativa: esto quiere decir que en la evaluación de calidad deben tomar parte los niveles directivos, administrativos como asistencial y los pacientes como un todo. Esta participación debe hacerse desde el diseño de los estudios de evaluación, la recolección y análisis de información de resultados.

5. Flexible: es decir puede hacerse la evaluación de calidad aún sin la existencia de normas técnicas pre-establecidas y permite definiciones durante el proceso mismo de evaluación.

2.3.4. Enfoques de la Evaluación de la Calidad de Atención

a. Enfoque de estructura

Para A. Donabedian la estructura describe "el medio en que se presta la atención médica y los mecanismos de mediación de que es producto.

Sus elementos incluyen:

- Recursos humanos: profesionales y no profesionales (número, tipo, adiestramiento y motivación).
- Establecimientos, características de las instalaciones, planta física, ubicación, distribución de áreas.
- Equipo.
- Organización.
- Sistemas y registros.
- Financiamiento.

Los factores estructurales han representado la base para establecer normas de atención.

b. Enfoque del proceso

Comprende los diferentes métodos y procedimientos con que se cuenta para evaluar el sistema de salud en función de los

procesos que se desarrollan en su interior, es decir proporciona información sobre la forma en que funciona el sistema.

La cuantificación se efectúa tomando como base instrumentos y actividades.

Instrumento es una combinación cuali-cuantitativa de recursos específicos para producir una actividad (día-paciente, hora-médico, hora-enfermera).

Actividad es una serie de acciones ligadas cronológicamente con criterios de eficiencia. Ejem. consulta.

c. Enfoque de resultado

Este enfoque considera que el criterio más objetivo para juzgar la calidad de la atención es el conocer la modificación del estado de salud del paciente que recibe los servicios, cuantificado por medio de indicadores o parámetros.

Asimismo se ha definido como la respuesta al tratamiento médico en términos de mortalidad, síntomas, capacidad de trabajo, para llevar a cabo actividades diarias, fisiológicas, también en términos de restablecimiento, recuperación y de supervivencia (Donabedian), o

como un perfil que incluye siete categorías: longevidad, actividad, comodidad, **satisfacción**, enfermedades, logros y resistencia (Starfield).¹⁸

2.3.5. Tendencias:

Una revisión de la literatura pertinente señala que existen tres tendencias principales en la evaluación de la calidad de la atención y que habían evolucionado en los cuatro últimos decenios. Estas son:

- La primera tendencia está constituida por los estudios que evalúan la calidad mediante la comparación de indicadores de estructura médica, asistencial, proceso o resultado con "criterios normativos" definidos por opiniones de expertos o experiencias pasadas.
- La segunda tendencia es la que los estudios que analizan y dan validez al proceso de la atención con mediciones de los resultados.
- La tercera tendencia consiste en estudios que dan validez a los indicadores tanto del proceso como el de la estructura.

¹⁸ Barbara Starfield, **Investigación de Servicios de Salud: un modelo práctico.**, No.534 (Washington, D.C., 1992), pág.576.

2.3.6. Valoración de la Calidad de Atención a través de la Aceptabilidad

El prestigio del sistema de salud se encuentra generalmente ligado a la calidad de la atención.

La satisfacción del paciente (aceptabilidad) tiene un papel muy importante dentro de la valoración de la calidad de atención.

Para Bárbara Hulka la satisfacción del paciente es un resultado importante del trabajo realizado en los servicios de atención de salud y un posible factor determinante de la utilización y la conducta en lo que respecta a cumplimiento del tratamiento prescrito.¹⁹

La medición de la satisfacción es por lo tanto, un instrumento valioso para la investigación, administración y planeación.

2.4. Generalidades sobre la Población de la Tercera Edad.

La población de la tercera edad no constituye un grupo homogéneo único, sino una serie de grupos de edades diferentes por

¹⁹ Barbara, Hulka, **Validación de una escala de satisfacción de los pacientes: teoría, métodos y prácticas**, OPS. No.534 (Washington, D.C., 1992), pág. 828.

lo que es recomendable que dichas personas mantengan niveles suficientemente altos de integración social.²⁰ Es necesario que tengamos claras estas tendencias para fijar prioridades en las acciones a cumplir en los programas, sobre todo hay que buscar una coherencia entre las políticas y las acciones a desarrollar en favor a los ancianos.

Aun entre las personas de la tercera edad que están sanas y que pueden desempeñarse física y mentalmente, surgen muchos problemas de índole social, vocacional, económico y psicológico.

Es importante que la calidad de vida sea plena y satisfactoria el mayor tiempo posible.²¹ Algunos ancianos son capaces de llevar una vida productiva con poca o ninguna asistencia médica, en tanto que para otros la edad avanzada es una etapa difícil. La comprensión de las alteraciones y problemas que ocurren en el envejecimiento pueden conducir a una vida mas satisfactoria.

El grupo de la tercera edad requiere de atención médica

²⁰ Organización Panamericana de la Salud, **"Hacia el Bienestar de los Ancianos"**. Ginebra, Vol. 112, No.3 (1992), pág.4.

²¹ Raquel Fleishman, **"Evaluación de la Calidad de Atención al Anciano"**. Ginebra, vol.546, (1994), pág.369.

geriátrica especializada preferiblemente en un sistema ambulatorio.

Las personas ancianas en particular lo mayores de 75 años, con frecuencia presentan patologías múltiples para las cuales se necesita de un conjunto de terapias, tienden a presentar signos no específicos y brotes atípicos de enfermedad: inmovilidad, inactividad, pérdida de apetito, depresión, tendencia a quedarse en la cama, con frecuencia su estado de salud está influido por problemas psicosociales y financieros.

Los trascendentales cambios registrados con respecto al envejecimiento han influido mucho en la atención del anciano de tal forma que en el año 2,000 uno de los principales adelantos en las enfermedades e incapacidades que anteriormente eran inevitables en los ancianos hoy en día se consideran remediabiles. Por otra parte en la actualidad, se otorga mas importancia a la atención domiciliaria como alternativa a la atención institucional.²²

Una de las actividades que se estimula explícitamente es la atención en el hogar, debido a sus beneficios médicos, de enfermería y sociales. Es importante que las personas mayores permanezcan en

²² Organización Mundial de la Salud. **La Salud de las Personas de Edad**. Publicación No.779 (Ginebra, 1989), pág.4.

sus hogares o regresen a ellos, donde reciben apoyo, atención y ayuda.

El Dr. Frank Baro afirma que únicamente a través de un sistema que tenga en cuenta los factores psico-sociales de la situación de salud de los ancianos es que puedan tener éxito los programas destinados a mejorar esa situación.

2.4.1. Objetivos de los Servicios de Atención a los Ancianos.

La Organización Mundial de la Salud ha enunciado los siguientes objetivos:

1. Proporcionar una atención de buena calidad.
2. Mantener a los ancianos en sus hogares si así lo desean.
3. Proporcionar apoyo a las familias de los ancianos.
4. Mantener la calidad de vida.
5. Evitar la pérdida innecesaria de capacidad funcional.
6. Ayudar a los ancianos a tener tanto una buena muerte como una buena vida, mediante una atención terminal sensible y adecuada.

Podemos observar que existe la preocupación de ofrecer a los ancianos una atención de buena calidad.²³

²³ Organización Mundial de la Salud, **Desarrollo de los Programas Geriátricos**, Vol. 112, No.3 (Washington, D.C., 1992) pág. 15.

CAPITULO 3
MARCO METODOLOGICO

3.1. Tipo de Estudio

Segun los objetivos planteados, el estudio es de tipo operacional evaluativo, transversal. Es operacional evaluativo ²⁴ porque está dirigido a efectuar un análisis evaluativo de los resultados de un programa, reflejado en la satisfacción o insatisfacción del usuario.

Es transversal, porque se realiza en un período único, breve y delimitado en el tiempo.

3.2. Universo y Muestra

3.2.1. Definición del Universo

El universo esta constituido: por todos los pacientes que cumplen los requisitos para pertenecer al programa de Home Care. Son un total de 700 pacientes del área del pacífico y el personal de salud que les brinda la atención.

3.2.2. Procedimiento para la Obtención de la Muestra

En un estudio por muestreo, el objetivo fundamental es conocer la frecuencia de una determinada condición de la población de interés ²⁵.

²⁴ Francisca Canales, Eva Luz de Alvarado y Elia B. Pineda, **Metodología de la Investigación**. 2da Ed., Colomblana, Editorial Carvajal (Washington, D.C., 1989), pág. 138, 139.

²⁵ S.K. Luanga y S. Lemeshow. **Determinación del Tamaño de las Muestras en los Estudios Sanitarios**. Organización Mundial de la Salud. (Ginebra, 1991).

3.2.2. Procedimiento para la Obtención de la Muestra

En un estudio por muestreo, el objetivo fundamental es conocer la frecuencia de una determinada condición de la población de interés.

En nuestra investigación, el objetivo es conocer el nivel o proporción de la población que se siente satisfecha con la calidad de atención recibida en el programa Home Care, que lleva a cabo la Clinica Hospital San Fernando.

Sabemos por estadística básica que:

$$\text{Error estándar} = \left(\frac{pq}{n} \right)$$

donde p = es la proporción conocida de la condición de interés

$$q = 1 - p$$

n = tamaño de la población

Ademas debemos especificar la precisión de esa información (alfa (α)) y los límites entre los que debe variar esa precisión (Delta (D)).

En este caso, la ecuación completa se convierte en:

$$\text{Límites de confianza (delta)} = Z(\alpha) \left(\frac{pq}{n} \right)$$

Elevando ambos miembros al cuadrado:

$$D^2 = Z(\alpha)^2 \left(\frac{pq}{n} \right)$$

Despejando n:

$$Z(\alpha)^2 \left(\frac{pq}{n} \right) = D^2$$

$$Z(\alpha)^2 pq = D^2 n$$

$$\frac{Z(\alpha)^2 pq}{D^2} = n$$

Los datos básicos para nuestra investigación eran:

p=como no conocemos la porción de la población satisfecha usamos el valor convencional p=.50, que según la referencia estadística, es lo que asegura un tamaño óptimo de la muestra.

Ademas, requeríamos que la estimación oscilara en ± 0.08 , con un error alfa del 5%, que corresponde a una Z alfa = 1.96

El tamaño de la muestra requerida fue de:

$$p = 0.5 \quad q = (1-.50) = .50$$

$$\alpha_{\alpha}^2 = (1.96)^2 = 3.8416$$

$$(\text{Delta})^2 = (0.08)^2 = .0064$$

$$n = \frac{Z \alpha^2 p \times q}{d^2} = \frac{(1.96)^2 \times .50 \times .50}{(0.08)^2}$$

$$= \frac{3.8416 \times .50 \times .50}{.0064}$$

$$= \frac{.9604}{.0064}$$

$$= 150.0625$$

$$= 150$$

En total serían objeto de investigación 150 pacientes.

En resumen, la muestra seleccionada es probabilística, dado que cada individuo de la población investigada, tome una probabilidad conocida e igual de ser seleccionada, y con una precisión del 95% de confianza ($Z = 1.96$).

Los individuos fueron seleccionados, a medida que concurrían a la consulta externa de la Clínica San Fernando.

Por lo tanto la muestra está representada por 150 pacientes que corresponden al 21.4% de los pacientes que recibieron atención integral en la Consulta Externa durante el mes de septiembre de 1994.

Así mismo se tomará el 100% del personal médico y de enfermería responsable de brindar atención al paciente de la tercera edad.

3.2.3. Unidad de Análisis

La Unidad de Análisis del estudio lo conforma cada paciente que recibió atención en la Consulta Externa del programa Home Care de la Clínica Hospital San Fernando, que perteneció a las muestras, ya que de este grupo se obtuvo la información necesaria

para realizar el estudio y posteriormente extrapolarlo al universo y así mismo el personal médico y de enfermería que labora en dicho programa.

3.3. Fuente y Técnica de Obtención de Datos

La fuente de donde se obtuvo los datos, lo constituyeron los pacientes que se atendieron en la Consulta Externa de la Clínica Hospital San Fernando, el personal médico y de enfermería que labora en el Programa de Home Care, los datos fueron recabados mediante la técnica de entrevista directa a los pacientes y registrados en un cuestionario, confeccionado para este estudio, llenado por el entrevistador.

Al personal se le entregó un cuestionario previamente estructurado.

El cuestionario dirigido a los pacientes esta compuesto de dos partes. La primera, cuyo objetivo fundamental fue que el propio paciente evaluara y clasificara en la escala de excelente, satisfactorio y deficiente sobre la atención recibida tanto por el personal y por los

servicios que se imparten en dicho programa, las siguientes preguntas fueron de opinión.

Cabe señalar que antes de aplicar el cuestionario se puso a prueba el instrumento, observándose dificultad para ser llenado por el paciente, dadas las características propias de estos, algunos con limitaciones físicas, temblores, disminución visual, lo que dificultó las respuestas escritas, también hubieron problemas con el idioma, dado que una porción muy importante sólo habla inglés, para obviar este inconveniente, se estructuró un cuestionario en ambos idiomas.

Por todo lo anterior se utilizó una entrevista estructurada en base a las preguntas del cuestionario, se obtuvo información más completa, se explicó a cada uno de los pacientes el propósito, se permitió aclarar cualquier interpretación errónea, asegurándose de esta manera una mejor respuesta.

3.4. Procedimiento para la Recolección de la Información

1. Revisión bibliográfica de todo lo relacionado a Calidad de Atención.

2. Entrevista con el Director Médico del Programa de Home Care.
3. Entrevista con la Enfermera Supervisora del Programa de Home Care.
4. Entrevista con la Enfermera Supervisora del Hospital Gorgas de Control de Calidad (Quality Assurance).
5. Solicitud de permiso al Director Médico de la Clínica Hospital San Fernando y al Director Médico del Programa de Home Care, para la aplicación de instrumento, autorizado por el Director de la Escuela de Salud Pública y el Asesor de Tesis.
6. Aplicación del instrumento a los pacientes que asistieron a la Consulta Externa durante el mes de septiembre de 1994.
7. Posteriormente se procedió a la tabulación de los datos obtenidos con asesoría estadística.

3.5. Limitaciones del Estudio

En cuanto a la aplicación del instrumento como se había señalado, además de las limitaciones físicas inherentes a su avanzada edad que encierra un lento proceso de entrevista, estuvo el idioma, un

gran porcentaje habla inglés debido a sus orígenes, antillano, jamaicano, franceses entre otros, muchas veces la entrevista se alargó debido a que los pacientes se sentían en confianza y divulgaban información relativa a tópicos que no guardaban relación con el tema en si.

En cuanto al personal pudo observar que había una natural aprehensión en declarar información que podía ir en detrimento de su posición laboral. Respecto a la pregunta dirigida a recabar su opinión sobre el programa y su implementación en otras instituciones puede estar subestimado, debido al hecho de que es un programa relativamente nuevo en nuestro medio.

CAPITULO 4

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Primera Parte

Estructura del Programa

En este capítulo daremos a conocer el Programa de Home Care, organización, recursos, actividades que se llevan a cabo en dicho programa, asimismo, se da a conocer la productividad del programa, y por último, previa organización y tabulación de la información obtenida se presentan y se analizan los datos obtenidos de las encuestas.

El programa es el único modelo de atención que utiliza un plan de salida para los pacientes, el cual es confeccionado por todo el equipo de salud, desde que el paciente se admite al hospital se prepara para un período de transición en su domicilio después de haber sido dado de alta del hospital, con indicaciones precisas de seguimiento, dirigidas al paciente, custodio o al personal del hogar de ancianos, por lo que es un programa de prevención.²⁴

El programa cumple con los controles de calidad de atención señalado por el Departamento de Medicina Ocupacional, a través

²⁴ Entrevista personal con la Sra. Gloria de Caton, Enfermera Supervisora, Programa de Home Care, celebrado en septiembre de 1994.

de un Comité de Supervisión integrado por médicos y enfermeras de tal forma que la atención que se brinde sea la más ética, técnica y profesional posible, se efectúan reuniones mensuales de coordinación con autoridades medicas y administrativas en la Clínica Hospital San Fernando, se exponen problemas y sus soluciones, se analizan las estadísticas, se presentan casos clínicos de interés, etc.

Se estimula al personal del programa para la asistencia a seminarios y congresos relacionados con la atención geriátrica.

Asimismo la educación y supervisión del custodio es importante para estimular una actitud positiva de los mismos en relación al proceso médico y social del envejecimiento, igualmente la educación audio visual del paciente se realiza en consulta externa, clínicas móviles y atenciones domiciliarias, en cuanto a la técnica del autocuidado, uso de medicamentos, conocimiento de su enfermedad, etc.

El personal de salud del programa brinda un cuidado integral y humanitario considerando la dignidad y participación del paciente en su tratamiento institucional y domiciliario. El trabajo es en equipo.

4.1. Programa de la Tercera Edad

Home Health Care Clínica Hospital San Fernando, S.A.

En el año 1960, la Comisión del Canal de Panama, organizó el programa de la tercera edad, que fue diseñado para los empleados y sus dependientes que laboraban en la Comisión del Canal de Panamá y que debido a sus condiciones físicas y/o mentales no podían seguir trabajando los cuales no estaban cubiertos por un seguro de salud y bajo la administración de la Comisión del Canal recibían atención en el Hospital Gorgas.

En 1977 con el Tratado Torrijos-Carter el HHCP fue transferido oficialmente al Hospital Comunitario Gorgas que adquirió la responsabilidad de atención a dichos pacientes.

En el mes de octubre de 1992 la Comisión del Canal de Panamá convocó a una Licitación Publica para transferir la atención de los pacientes del HHCP, la cual fue adjudicada a la Clínica Hospital San Fernando para brindar atención médica, de enfermería y social, a un grupo de beneficiarios, jubilados en su mayoría, organizándose de esta manera el HHCP Clínica San Fernando. Los responsables legales del

programa son la Dirección Médica y Administrativa de la Clínica. El programa Home Care es desarrollado tanto en la zona atlántica en el Centro Médico Caribe y en el Sector Pacífico: Clínica Hospital San Fernando, donde llevaremos nuestra investigación.

El programa funciona independientemente anexo a la Clínica Hospital San Fernando, donde están las oficinas administrativas y la consulta externa para los pacientes del sector pacífico.

4.1.1. Requisitos de los Pacientes para Pertenecer al Programa

1. Trabajadores no estadounidenses con incapacidad física y/o mental y que se jubilaron en el período de 1935 y 1958.
2. Trabajadores no estadounidenses jubilados entre los años 1958 y 1970.

4.1.2. Objetivos del Programa

1. Promover técnicas educativas en medicina preventiva para la promoción y preservación de la salud.

2. La detección precoz de enfermedades y su tratamiento efectivo a corto plazo.
3. Brindar atención médica continuada y cuidado especializado de enfermería; y trabajadora social para preservar, mantener y rehabilitar el estado funcional.
4. Identificación y solución de los problemas socio-económicos.
5. Proveer educación y supervisión al custodio, familiares y amigos cercanos para crear una actitud de comprensión y tolerancia en relación a los aspectos médicos y sociales del envejecimiento.
6. Educación del paciente para su autocuidado y/o responsabilizar al custodio del cuidado del paciente si este es funcionalmente independiente.

La finalidad del programa es un cuidado primario tipo comunitario basado en la prevención, tratando de reducir el número de enfermedades y las admisiones al hospital por parte de los usuarios del HHCP.

Desde el punto de vista estructural tenemos el subsistema de actividades humanas.

a. Recursos Humanos

El Programa de Home Care, cuenta con el siguiente personal.

Cuadro No.2
Recurso Humano del Programa Home Care, según cargo
Panamá, septiembre 1994

Cargo	Recurso Humano No.
Medico Director	1
Medico Medicina Familiar	1
Enfermera Supervisora	1
Enfermeras	3
Trabajadora Social	1
Paramedico	1
Secretaria	2
Conductores	2

b. Recursos Físicos

El local de Home Care, sector pacífico esta ubicado, detras de la Policlínica Norte de la Clínica Hospital San Fernando, cuenta con una sala de espera, cuatro consultorios, uno para el Médico Director,

Enfermera Jefe, Médico de Consulta y para la Trabajadora Social, un área para la enfermera que se queda en la Consulta Externa, y otra para la enfermera que realiza la visita domiciliaria. Hay un ambiente para el examen físico, otro para el depósito de material y equipo, la secretaría administrativa tiene su oficina y la recepcionista. Hay una cocinita para preparar refrigerio para los pacientes, posee tres servicios, dos para uso de los pacientes y uno para el personal.

Posee una adecuada distribución, iluminación y temperatura, hay acceso a los consultorios, el ambiente no es muy grande lo cual facilita la comunicación entre los servicios que brinda atención.

El techo, piso y paredes están en buenas condiciones.

Cada una de las unidades esta debidamente equipada, la de enfermería cuenta con un escritorio, esfignomanómetro, hay una pesa.

En el ambiente del examen físico hay una camilla.

Las condiciones del mobiliario y de los útiles son muy buenas.

Existen facilidades de comunicación como intercom, fax, hay cuatro radios de comunicación, una radio la porta la Enfermera,

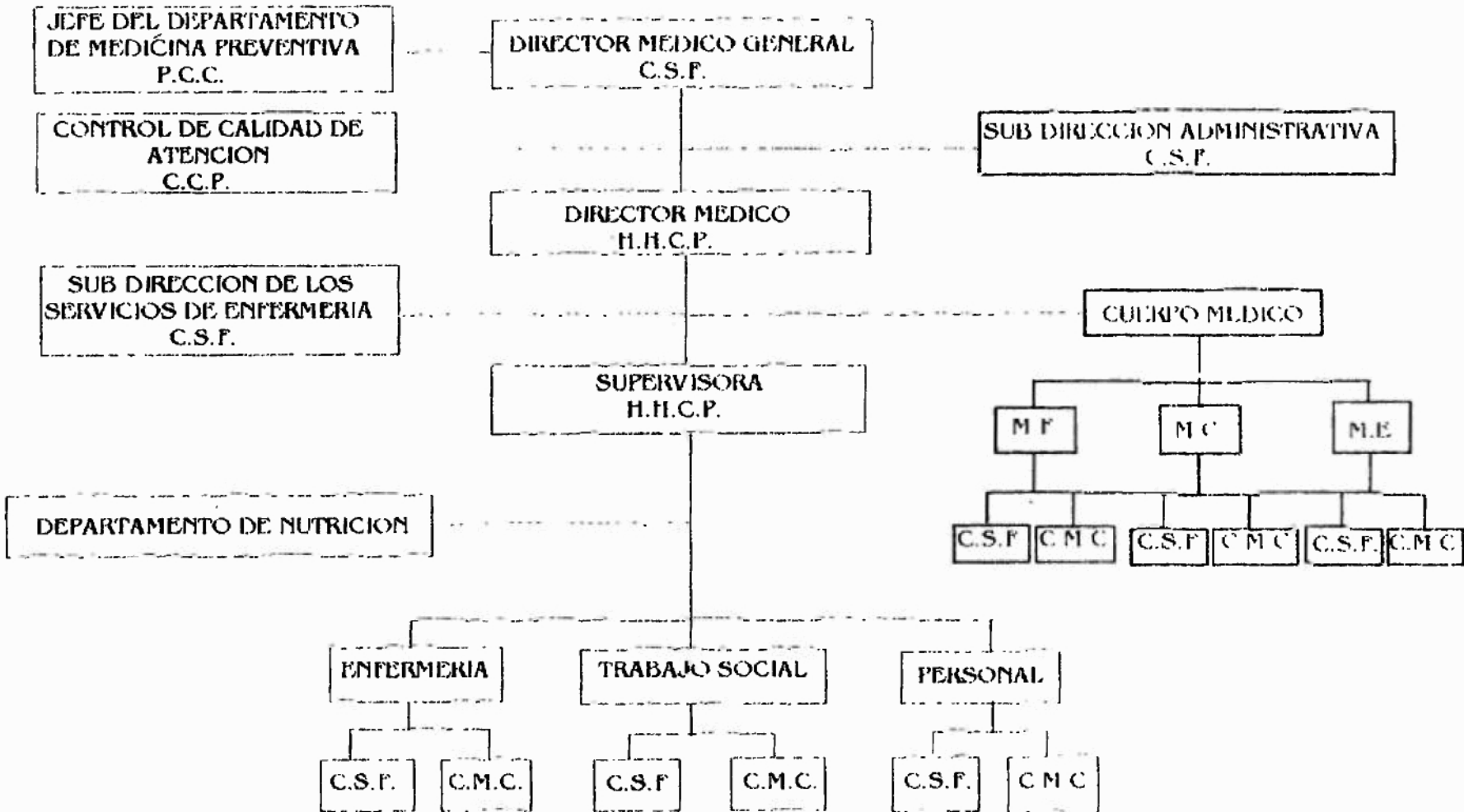
Trabajadora Social, Conductor del transporte, y la base está en la secretaria del Programa de Home Care.

Posee 4 unidades móviles. Una ambulancia para los casos de urgencia y para el transporte de pacientes, un busito para transferir pacientes que tienen cita en la consulta y las otras dos para visitas domiciliarias.

c. Organización

A continuación damos a conocer la representación gráfica de la organización formal del programa.

Home Care San Fernando, Panamá 1994.



M.F.: Médico Familiar
M.C.: Médico de Cobertura
M.E.: Médico Especialista
C.S.F.: Clínica San Fernando
C.M.C.: Centro Médico Caribe
C.C.P.: Comisión Canal de Panamá

Autoridad

Coordination

Cuadro No.4
ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
 Home Care San Fernando, Panamá. 1994.

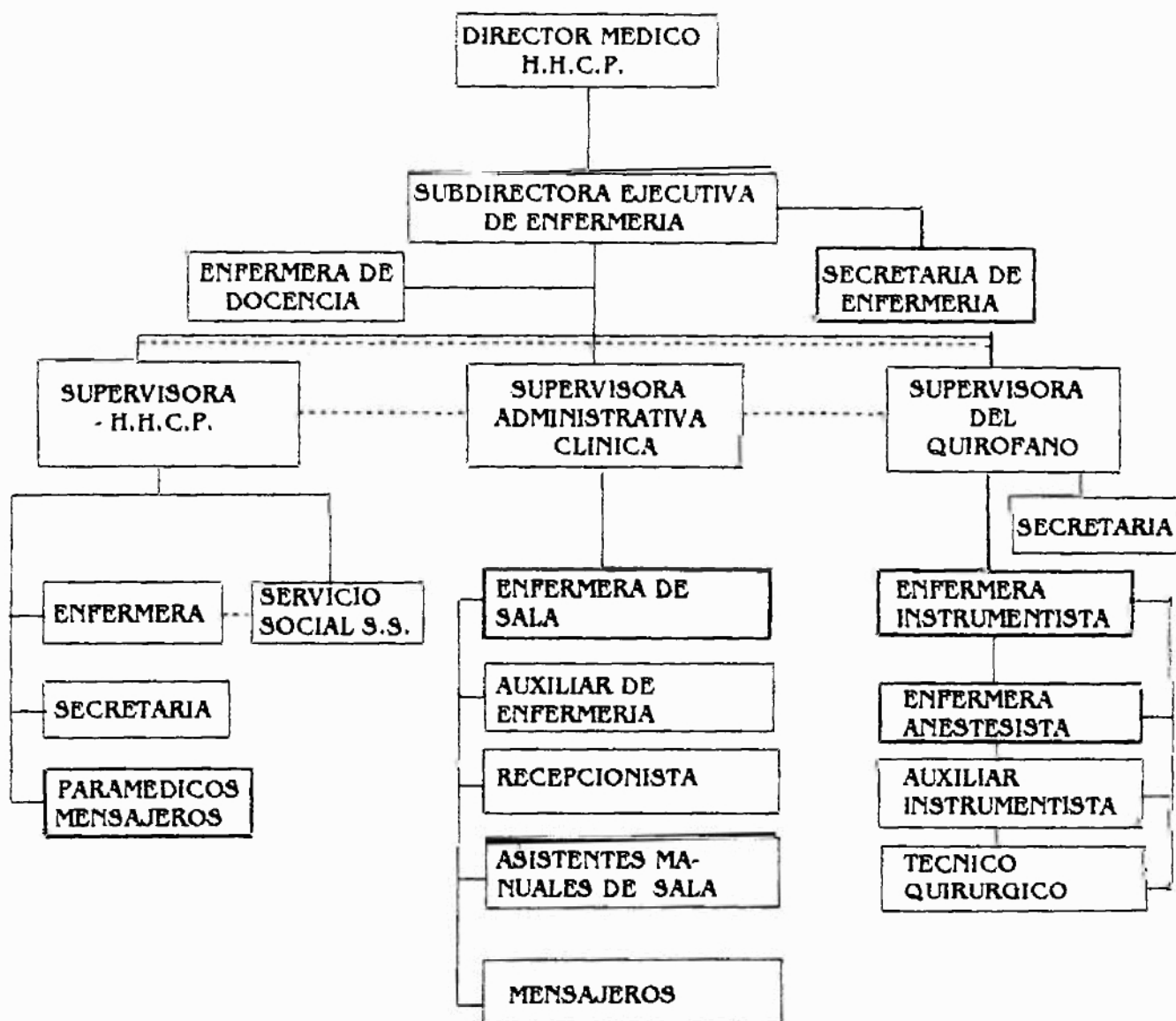
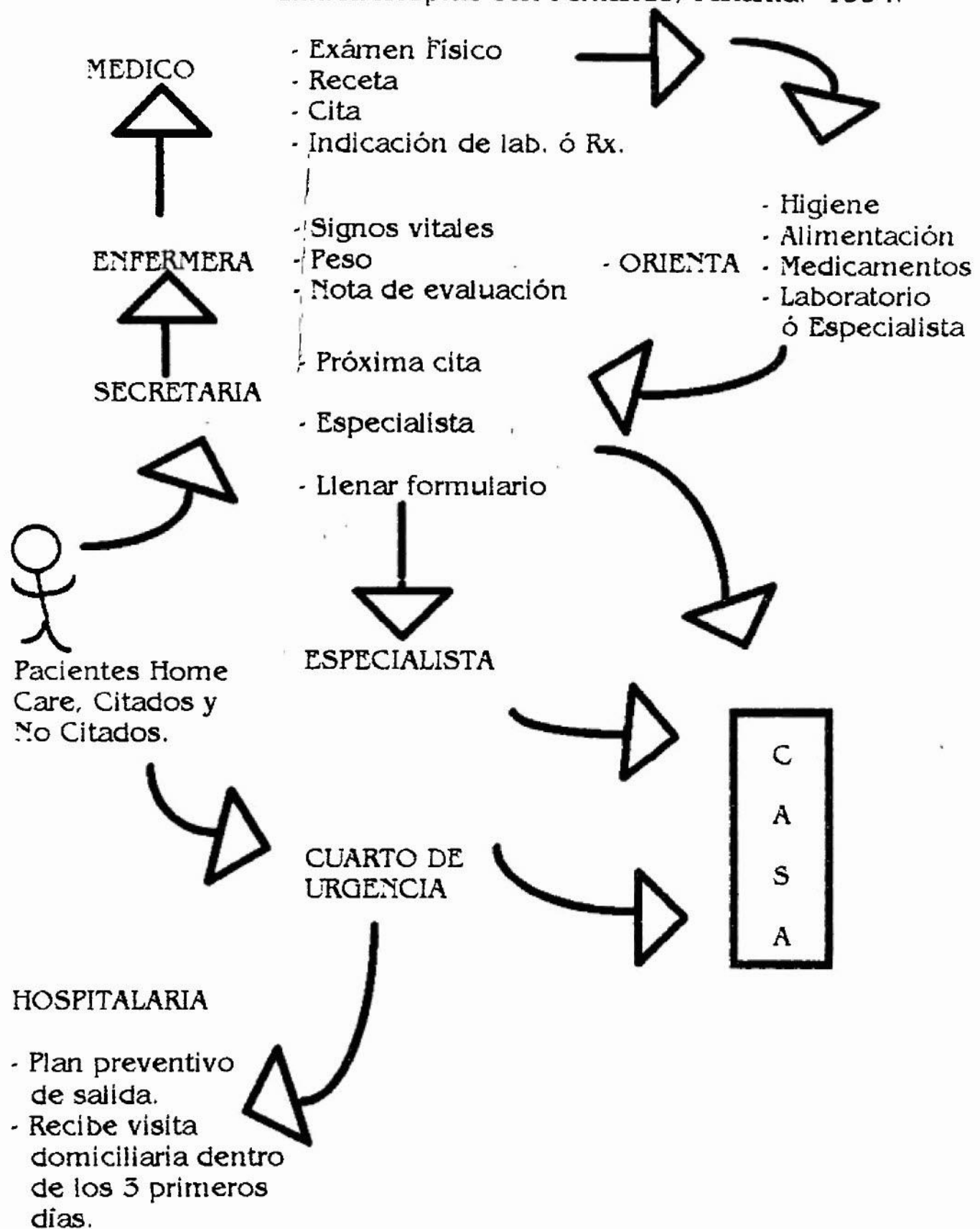
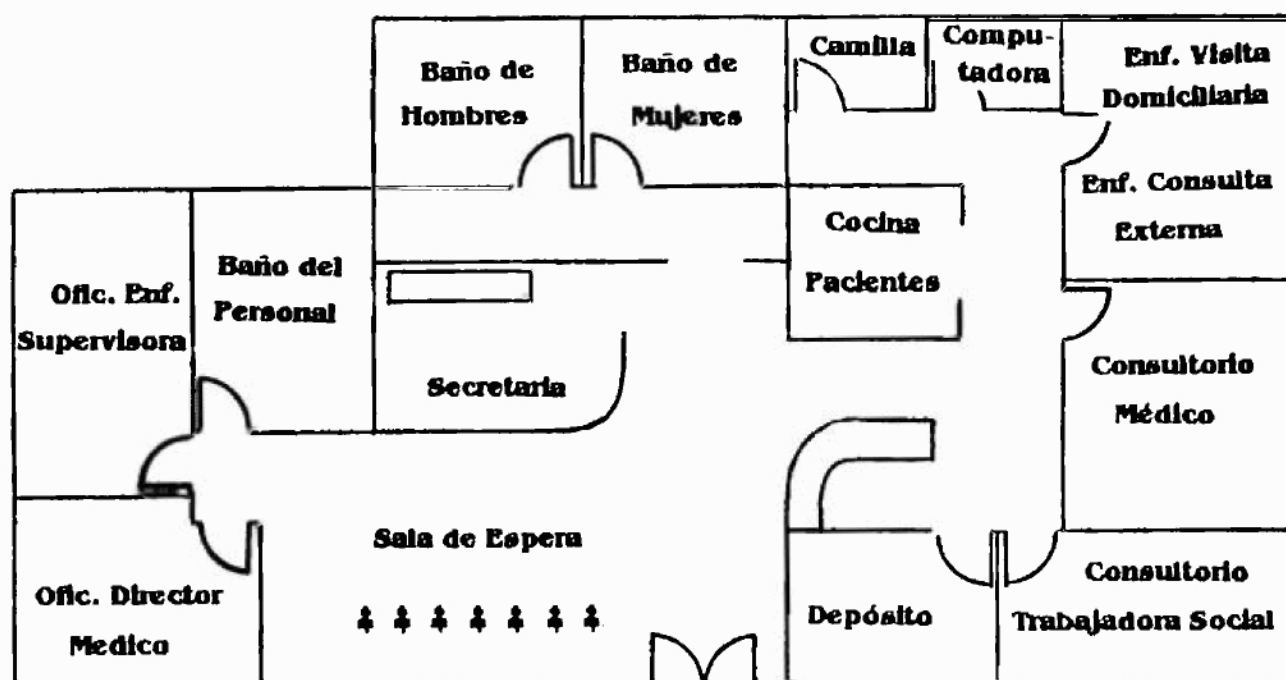


Figura No.1

Flujograma de atención en la Consulta Externa, Programa de Home Care.
Clínica Hospital San Fernando, Panamá. 1994.



**Diseño de la Consulta Externa del Programa Home Care,
Clínica San Fernando, Panamá, 1994.**



Fuente: Consulta Externa Programa Home Care.

Segunda Parte

Proceso y Resultado del Programa

b. Enfermera de la Consulta Externa:**Actividades:**

- Atención a los pacientes citados y no citados, que asisten a la Consulta Externa antes y después que son evaluados por el médico.
- Signos vitales y peso.
- Documentar lo que dice el paciente y su intervención como Enfermera.
- Educar, orientar al paciente y familiar antes y después de la evaluación médica.
- Asistir al médico durante el examen físico completo.

c. Clínica de diabetes:

- Atención a todos los pacientes diabéticos dos veces por mes, primer y tercer miércoles de cada mes.
- Ofrecer charlas y demostraciones sobre la Diabetes.

- Signos Vitales, Peso y Talla.
- Determinación de la Glucosa por medio del Glucotest, si sale alto se le toma una muestra de sangre para glicemia, se envía al laboratorio.
- Se ofrece refrigerio.

2. Comunitaria

a. Clínica Móvil

Se realiza la 2da. semana de cada mes, en un horario de 9:00 a.m. a 12:00 mediodía los días: Lunes, Martes, Miércoles y Jueves en los siguientes locales:

Lunes: Iglesia Episcopal San Cristóbal

Calle 10 Parque Lefevre

Martes: Iglesia Episcopal San Cristóbal

Calle 10ma Parque Lefevre

Miércoles: Iglesia San Pablo

Calle 1era. Ave. Ancón - Frente al Teatro Tropical

Jueves: Iglesia Católica El Carmen

Calle 1era. Juan Díaz

Viernes: Asilo Bolívar (de 8:00 a.m. a 12 m.d.)

Se brinda:

- Consulta Médica
- Atención de Enfermería
- Se imparten charlas sobre salud, prevención, seguridad.
- Enseñanza de manualidades
- Se ofrece un refrigerio a los pacientes que asisten.
- Se les da medicamentos a los pacientes que necesitan.

b. Clínica de Día de pago:

Se realiza en el lugar donde los pacientes van a cobrar sus cheques mensualmente.

Son dos grupos, uno cuyos esposos participaron en la construcción del Canal, y el otro grupo son jubilados. Son de origen antillano, africano, francés, llegaron para la construcción del Canal. Estos pacientes son los primeros que se jubilaron por el Gorgas.

Se les brinda:

- Atención de Enfermería: signos vitales, Presión Arterial.
- La enfermera refiere pacientes al médico.
- Se les ofrece un refrigerio, ya que son pacientes muy humildes.
- La Trabajadora Social entrevista a los pacientes en cuanto al aspecto social.

c. Visitas Domiciliarias

El médico, la Enfermera y la Trabajadora Social realizan visitas domiciliarias.

Por parte de la Enfermera y el Médico:

- A pacientes encamados, que no pueden venir por sí solos a la Clínica (Consulta Externa) reciben una visita mensual.
- La Enfermera evalúa la condición del paciente y tiene la obligación de informar si hay fallas.
- Puede solicitar el traslado de algún paciente a la Consulta Externa o al cuarto de urgencia. La Enfermera tiene un radio portátil, la base esta en la Clínica y en el cuarto de Urgencia.

- Verificar los medicamentos que esta recibiendo el paciente, debe contar, detectar si el paciente esta tomando los medicamentos.
- Verificar si hay maltrato a veces es necesario buscar medidas correctivas.
- La Trabajadora Social tiene la potestad de parar el cheque si los familiares no cumplen con ofrecer la atención adecuada al paciente.
- También se realizan visitas Domiciliarias a pacientes que vienen del Hogar de Ancianos.
- Pacientes que estuvieron hospitalizados o con salidas sobre todo dentro de los 3 primeros días después de la salida, esto con el objeto de verificar el cumplimiento del plan de salida.

Este plan de salida es con el propósito de proveer una óptima calidad de atención a los pacientes después de su salida del hospital. Es decir una continuación de sus cuidados. El objetivo es que: los familiares y/o custodios

estarán en capacidad de brindar un cuidado integral al paciente en su casa.

Este plan de salida se instala cuando el paciente ingresa al hospital, se coordina una atención multidisciplinaria.

- Si la enfermera ve que hay problemas sociales hace la referencia a la Trabajadora Social.
- El médico de H.H.C.P. tiene la responsabilidad de:
 - Coordinar la estadía del paciente en el hospital de acuerdo a sus necesidades.
 - Participar en la confección y elaboración del Plan de salida.
 - Coordinar la atención multidisciplinaria a domicilio de los pacientes post-hospitalarios.
 - Control y autorización de préstamo de Equipo Hospitalario, de acuerdo a las necesidades del paciente.

La enfermera de Home care:

- Entrevista y evalúa al paciente hospitalizado y/o familiares con el fin de detectar sus necesidades y problemas post-salidas.

- Orienta al paciente y familiares sobre la atención de sus necesidades y problemas a presentarse en el domicilio.
- Orientar al paciente y/o familiar sobre los medicamentos que se entregan a la hora de la salida para coordinar con los de uso habitual.
- Organizar previamente la entrega de materiales y/o equipo hospitalario a pacientes que lo ameriten el día de su salida.
- Permitir la retro-alimentación de los procedimientos enseñados al paciente y/o familiar enfatizando aquellos puntos que lo ameriten.
- Organizar el uso del transporte con el fin de que los pacientes que lo necesiten puedan cumplir con sus citas de seguimiento post-salida.
- A los 15 días tiene cita con Consulta Externa. La Enfermera saca una cita médica y verifica con el especialista si no es paciente de cama. Deberá salir con:

1. Cita con médico de H.H.C.P. a los 15 días

2. Con el especialista como seguimiento

3. Para fisioterapia si lo requiere.

- Orienta, asesora e interpreta los servicios y beneficios que brinda el programa, además de los derechos y deberes que tienen ante la empresa.
- Preparar al paciente y sus familiares para su posterior egreso, previniendo las acciones a tomar en su readaptación del medio familiar o proceder a los trámites reglamentarios para su inclusión en un Asilo u Hogar, a los casos que así lo requieran de acuerdo a su diagnóstico bio-psico-social procurando su mayor bienestar social.
- Realizar visitas Domiciliarias post-hospitalarias de manera que se observe las condiciones del medio ambiente y el proceso de seguimiento especial, por lo menos cada tres meses.
- Coordinar los préstamos de equipo hospitalario con el médico familiar y/o enfermera de Home Care, para los

pacientes post-hospitalizados de acuerdo a las normas establecidas.

3. Atención Médica Continúa (Hogares de Ancianos y Asilos).

El médico tiene la responsabilidad de visitar a los pacientes que se encuentren en los Asilos y Hogares de Ancianos, por lo menos una vez al mes, en la segunda semana. Brinda atención y consulta de control, se otorgan medicamentos.

4. Intra hospitalaria (Médico y quirúrgica)

Dicha atención se brinda en la Sección "A" de la Clínica San Fernando, área de hospitalización, tiene capacidad de 24 pacientes.

- Se ofrece atención multidisciplinaria: Médicos, Enfermeras, Nutricionistas, Trabajadora Social.
- Se provee de todo el material y equipo necesario para satisfacer las necesidades del paciente.

- La Enfermera prepara al paciente para el plan de salida.

5. Servicio de Emergencia:

Si el caso es de urgencia a cualquier hora el paciente va al cuarto de urgencia y puede recibir atención por el médico de Home Care en el turno de 8 a.m. a 4 p.m. ó el médico de turno del cuarto de urgencia, después son atendidos por el médico especialista (Geríatras o de Medicina Interna) de turno según programa o los médicos de cobertura.

6. Atención Preventiva y Educación

Se ofrece en todo momento, tanto en la Consulta Externa, se orienta al paciente sobre sus medicamentos, dietas, medidas de seguridad e Higiene.

- Durante la atención en la Clínica móvil se ofrecen charlas educativas.

- En la Clínica de día de pago también se orienta al paciente.
- En el plan de salida: se prepara al paciente para cuando esté en su casa: los cuidados de la Sonda Foley, los tubos de alimentación, gastrostomía, curación de úlcera, colostomía, amputación de algún miembro, o cualquier padecimiento médico-quirúrgico.

7. Clínica de Especialidades Básicas

Se cuenta con un grupo de médicos especialistas que atienden tanto en la Policlínica Norte y en la Policlínica Sur de la Clínica Hospital San Fernando.

Dentro de estas especialidades están:

Cardiología, Urología, Ortopedia, Cirugía, Otorrino, Neurología, Oftalmología, Gastroenterología, Fisioterapia.

8. Atención de Cobertura Intrahospitalaria y de Emergencia 24 horas al día por médicos Especialistas en Geriatría y Medicina Interna.

Se ha establecido un listado de médicos geriatras y medicina Interna, quienes se encargan de atender al paciente hospitalizado y al paciente que llega al cuarto de urgencia, dichos médicos pueden ordenar la hospitalización respectiva con previa notificación al médico director del Programa.

9. Servicios Especializados (Fisioterapia, Odontología, Optometría, Psicología, Terapia respiratoria, Oncología, Farmacia, nutrición, fono-audiología y ambulancia. Son servicios que brinda el programa respecto al servicio de Ambulancia.

- Para transportar pacientes que tienen limitaciones físicas, a la consulta externa, Clínica diabética, cita con especialistas y otros departamentos.
- Traslado de paciente de Home Care que están hospitalizados, a su casa el día de la salida.

10. Trabajo Social

Se programan visitas domiciliarias a los pacientes con apoderado legal, cada 3 meses, todo paciente que este en el Hogar de Ancianos se considera con apoderado. Así mismo se programan visitas a los casos referidos que por situación social ameritan ser visitados.

- Préstamo y devolución de equipo hospitalario con autorización médica.
- Atención a los pacientes en las Clínicas móviles, de pago, diabético y Consulta Externa.
- Participar en el Plan de Salud a pacientes hospitalizados desde el punto de vista de Trabajo Social.

e. Servicios Misceláneos

1. Servicio de Ambulancia 24 horas al día para transportar los casos de urgencia. Traslado de pacientes de la casa al hospital o del hospital a la casa.

2. Préstamo de equipo médico-quirúrgico para uso domiciliario, camas hospitalarias, sillas de ruedas, servicio portátil, bastones ortopédicos de 2 y 3 puntos.

3. Proveer los siguientes servicios:

- Prótesis ortopédicas
- Medicamentos
- Anteojos
- Prótesis dentales
- Miembros artificiales
- Marcapasos cardíacos
- Audífonos
- Fórmulas Nutricionales
- Oxígeno-Terapia a domicilio
- Equipo Urológico
- Material de curaciones.

De acuerdo a los Indicadores y parámetros de gestión hospitalaria tenemos:

$$\text{Coeficiente de Rendimiento} = \frac{\text{Pacientes atendidos x día}}{\text{Hrs. Médicas}}$$

$$\text{CR} = \frac{17}{7.5}$$

$$\text{CR} = 2.3 \text{ pac/hora}$$

$$\text{Coeficiente de trabajo} = \frac{\text{Horas Médicas}}{\text{Pac. atendidos}} = \frac{7.5}{17}$$

$$\text{CT} = 0.4 \text{ hrs./pac.}$$

$$\text{CT} = 24 \text{ minutos /paciente}$$

El Coeficiente de Rendimiento es: 2.3 pac./hora

Existiendo una disponibilidad de: 24 minutos.
médico por paciente.

El coeficiente de rendimiento de las consultas realizadas sobre las horas médicas, nos manifiestan que a cada consulta se le dedica como promedio cerca de 24 minutos y que este coeficiente tiene un indicador de 2.5 consultas por hora médicas.

Respecto a la Productividad del programa presentamos las consultas recetas , servicios de laboratorio, equipo ortopédico prestado, servicio de imágenes, atención de pacientes en los servicios especializados.

A continuación se presentan algunos comentarios y los cuadros correspondientes a cada uno de estos servicios.

Servicio de Movilidad, según tipo, Programa de Home Care.**Panamá: 1994 (Cuadro No.5)**

Los datos no muestran aspectos de trascendencia. No obstante, el número de movilizaciones por ambulancia indican una proporción alta de pacientes con estado delicado que requirieron ese tipo de transporte de pacientes con estado delicado, que requieran ese tipo de transporte para asistir a la consulta externa del programa.

Atención Ambulatoria, según tipo de atención. Programa de Home Care. Panamá: 1994 (cuadro No.6).

De 5513 consultas, en el servicio de atención ambulatoria, el 51.3% corresponde a la consulta externa, sin embargo, el rasgo sobresaliente es la proporción de consultas domiciliarias respecto a la consulta externa, en una relación de 1 a 2.

Total de Recetas Prescritas, según tipo de atención. Programa de Home Care. Panamá: 1994 (cuadro No.7).

En relación a la prescripción de recetas, la proporción observada entre la consulta externa y las de especialistas es de 291, ello implicaría durante el año, una proporción relativamente alta de pacientes presentaron un acelerado deterioro de su nivel de salud.

Servicios de Laboratorio en la Atención Ambulatoria, según tipo de exámen. Programa de Home Care. Panamá: 1994 (cuadro No.8).

Entre los servicios brindados por el área de laboratorio, se destacan aquellos exámenes rutinarios de química 63.6 por ciento, en orden de importancia creciente se ubican los hemogramas de urinálisis.

Equipo Ortopédico Prestado, según tipo. Programa de Home Care. Panamá: 1994 (cuadro No.9).

El cuadro pone de relieve la existencia de un grupo de pacientes con su capacidad motora o de movilización disminuida y sus recursos

para la obtención de equipo ortopédico correctivo, a los cuales el programa acude en su auxilio.

Servicio de Imágenes en la Consulta Externa, según tipo.

Programa de Home Care. Panamá: 1994 (cuadro No.10).

En el área de servicio de imágenes en la consulta externa, lo más importante lo constituyó el tipo de radiografía simple, con 73.0 por ciento. Aunque se señalan aspectos sofisticados como la medicina nuclear.

Atención de Pacientes, según servicios especializados.

Programa de Home Care. Panamá: 1994 (cuadro No.11).

Los datos relativos a la atención de pacientes, según servicios especializados, señalan como sobresalientes los de oftalmología 27.8 por ciento, los de cuarto de urgencia 27.6 por ciento y fisioterapia con 15.7 por ciento. Los servicios de cardiología también se destacan ocupando un lugar sobresaliente.

Atención de Pacientes, según servicios ambulatorios especiales. Programa de Home Care. Panamá: 1994 (cuadro No.12).

La atención de pacientes, según servicios ambulatorios especiales, información que se presenta en el cuadro No.12, señala como más destacados, aquellos relacionados con el sistema ocular: ultrasonido del ojo, lente intraocular y láser de ojo. En conjunto, esos tres servicios absorbieron el 55.5 por ciento del total del servicio.

Cuadro No. 5

**Servicio de Movilidad según tipo,
Programa de Home Care. Panamá: 1994.**

TIPO DE MOVILIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
Ambulancia	271,00	35.6
Transporte	489,00	64.4
TOTAL	760,00	100,00

Fuente: Estadística anual, Programa de Home Care. Panamá, 1994.

Cuadro No. 6

**Atención Ambulatoria, según tipo de atención
Programa de Home Care. Panamá: 1994.**

TIPO DE ATENCION	NUMERO	PORCENTAJE
Consulta Externa	2830,00	51,3
Clínica Diabética	388,00	7
Clínica Móvil	697,00	12,6
Hogar de Ancianos	158,00	3
Domiciliaria	1440,00	26,1
TOTAL	5513,00	100

Fuente: Estadística anual, Programa de Home Care. Panamá, 1994.

Cuadro No. 7

**Total de recetas prescritas, según tipo de atención
Programa de Home Care. Panamá: 1994.**

TIPO DE ATENCION	NUMERO	PORCENTAJE
Consulta Externa	3925,00	49.7
Clínica Móvil	1519,00	19.2
Visita Domiciliaria	673,00	8.5
Especialistas	1779,00	22.6
TOTAL	7896,00	100

Fuente: Estadística anual, Programa de Home Care. Panamá, 1994.

Cuadro No. 8

**Servicios de Laboratorio en la atención
ambulatoria, según tipo de examen
Programa de Home Care. Panamá: 1994.**

TIPO DE EXAMEN	NUMERO	PORCENTAJE
Química	2361,00	63.6
Hemograma	632,00	17.1
Urinalisis	624,00	16.8
Bacteriología	45,00	1.2
Parasitología	42,00	1.1
Serología	6,00	0.2
TOTAL	3710,00	100

Fuente: Estadística anual, Programa de Home Care. Panamá, 1994.

Cuadro No. 9

**Equipo Ortopédico Prestado, según tipo,
Programa de Home Care. Panamá: 1994.**

TIPO DE EQUIPO	NUMERO	PORCENTAJE
Sillas de ruedas	17,00	34.8
Andadera	11,00	22.4
Servicio portátil	11,00	22.4
Cama Hospitalaria	5,00	10.2
Bastones	5,00	10.2
TOTAL	49,00	100

Fuente: Estadística anual, Programa de Home Care. Panamá, 1994.

Cuadro No. 10

**Servicio de Imágenes en la Consulta Externa, según
tipo. Programa de Home Care. Panamá: 1994.**

TIPO DE IMAGEN	NUMERO	PORCENTAJE
Radiografía simple	140,00	73
Mamografía	17,00	8.9
Fluoroscopia	15,00	7.8
Ultrasonido	13,00	6.8
Cat	3,00	1.5
Medicina Nuclear	3,00	1.5
Pielogramas	1,00	0.5
TOTAL	192,00	100

Fuente: Estadística anual, Programa de Home Care. Panamá, 1994.

Cuadro No. 11

**Atención de Pacientes, según servicios especializados
Programa de Home Care. Panamá: 1994.**

TIPO DE ATENCION	NUMERO	PORCENTAJE
Cardiología	142	8.7
Ortopedia	99,00	6.1
Fisioterapia	257	15.7
Urología	43,00	2.6
Oftalmología	454	27.8
Cirugía	48,00	2.9
Ginecología	24,00	1.4
Psiquiatría	8,00	0.5
Odontología	6,00	0.4
Medicina Física	14,00	0.9
Medicina Interna	89,00	5.4
Cuarto de Urgencia	450	27.6
TOTAL	1634	100.0

Fuente: Estadística anual, Programa de Home Care. Panamá, 1994.

Cuadro No. 12
Atención de pacientes, según Servicios Ambulatorios
Especiales. Programa de Home Care. Panamá: 1994.

SERVICIOS	NUMERO	PORCENTAJE
Ultrasonido de ojo	42	25.6
Lente intraocular	42	25.6
Clrugía menor	10	6.1
Campiometría	10	6.1
Citoscopia	9,00	5.5
Quimioterapia	14	8.5
Ecocardiograma	7,00	4.3
Laser de ojo	7,00	4.3
Holter	7,00	4.3
Dopler cardíaco	6,00	3.7
Infiltración articular	5,00	3
Marcapaso permanente	5,00	3
TOTAL	164	100.0

Fuente: Estadística anual, Programa de Home Care. Panamá, 1994.

Cuadro No.13

Pacientes del Programa Home Care, atendidos en la Consulta Externa de la Clínica San Fernando, según distrito y corregimiento de residencia: septiembre de 1994.

Distrito y Corregimiento	Pacientes	
	Número	Porcentaje
TOTAL	<u>150.00</u>	<u>100.00</u>
<i>Distrito de Panamá</i>	<u>149.00</u>	<u>99.3</u>
-Ciudad de Panamá	<u>141.00</u>	<u>94</u>
El Chorrillo	4.00	2.7
Santa Ana	2.00	1.3
Calidonia	16.00	10.7
Bethania	13.00	8.7
Bella Vista	14.00	9.3
Parque Lefevre	11.00	7.3
Rio Abajo	25.00	16.7
Juan Diaz	51.00	34
Pedregal	5.00	3.3
-Resto del Distrito	<u>8.00</u>	<u>5.3</u>
Las Cumbres	4.00	2.7
Tocumen	4.00	2.7
-Distrito de Arraijan	1.00	0.7

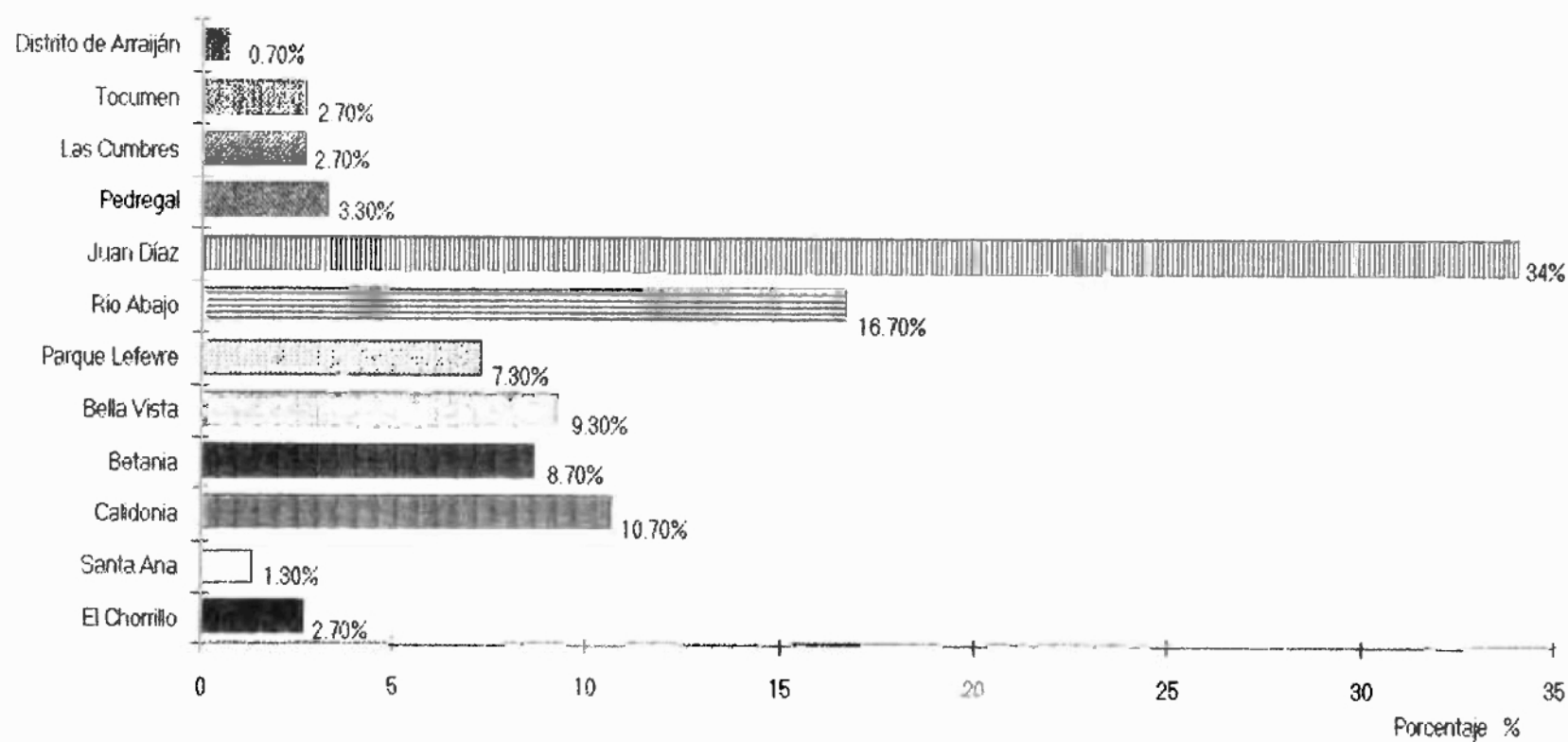
Fuente: Expedientes del Programa Home Care. 1994.

Tercera Parte

Presentación y Análisis de los Resultados de la Encuesta

Gráfica No. 1

Pacientes del Programa de Home Care, atendidos en la consulta externa de Clínica Hospital San Fernando según distrito y corregimiento de residencia, septiembre de 1994.



Fuente: Expedientes del Programa de Home Care, 1994

**Análisis de los Pacientes del Programa Home Care,
según Distrito y Lugar de Residencia (Cuadro No. 13)**

Del total de pacientes atendidos en el Programa Home Care, de la Clínica San Fernando, el 99.3% son residentes del distrito de Panamá, con especial preferencia, en los corregimientos que integran la denominada Ciudad de Panamá. En este aspecto, los datos del Cuadro No.13, ponen de relieve que de cada 100 pacientes 94 residen en la ciudad y 5 en la periferia, corregimientos de Las Cumbres y Tocúmen. Esos datos, destacan una relativa accesibilidad de los pacientes a la instalación de salud donde son atendidos. En Juan Díaz se encuentra el 34% y en Río Abajo el 17%, lo cual guarda relación con el establecimiento de la clínica móvil en dichos lugares.

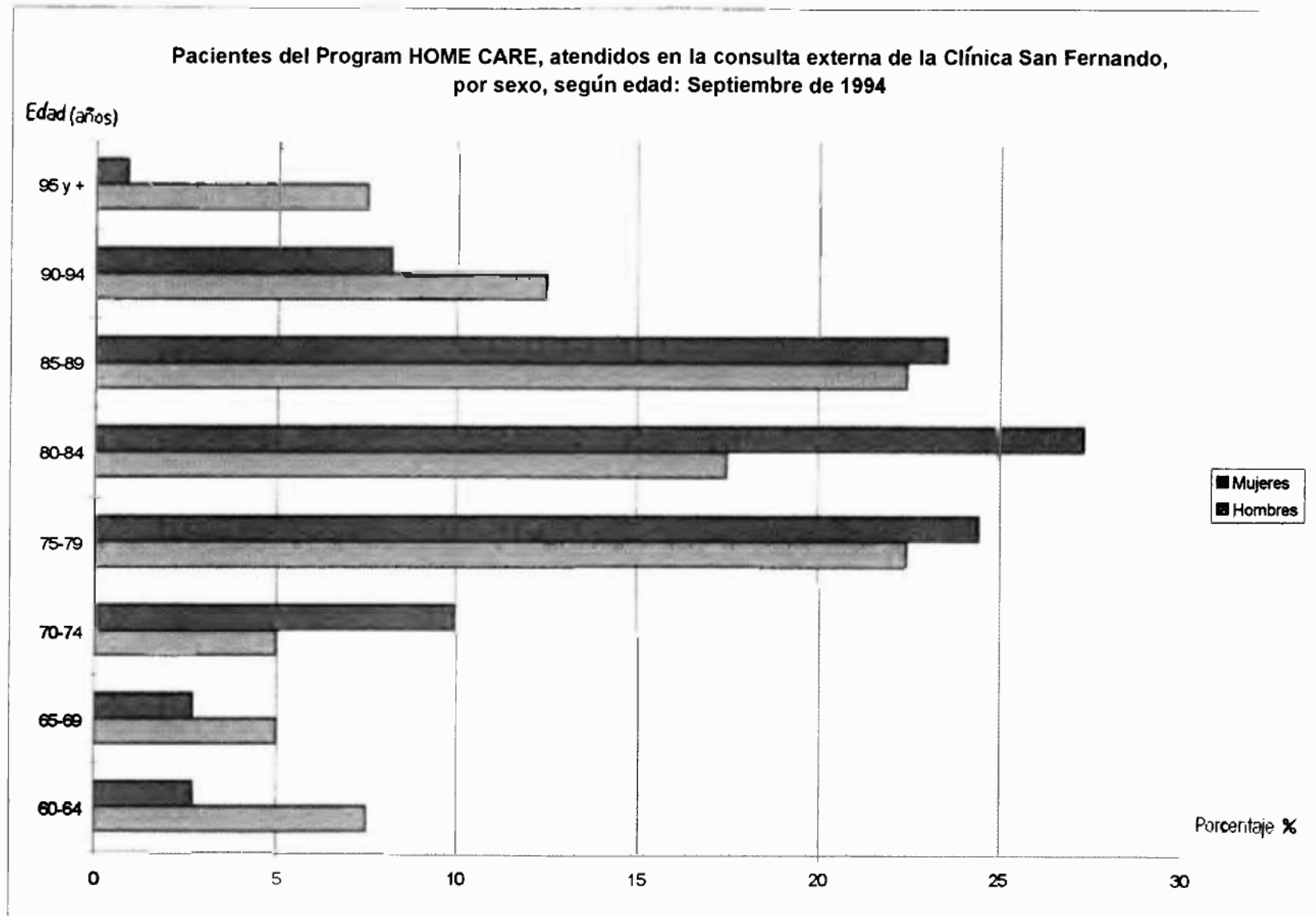
Cuadro No. 14

**Pacientes del Programa Home Care, atendidos en la Consulta
Externa de la Clínica San Fernando, por sexo, según edad:
septiembre de 1994.**

Edad (Años)	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	Número	%	Número	%	Número	%
TOTAL	<u>150,00</u>	<u>100,00</u>	<u>40,00</u>	<u>100,00</u>	<u>110,00</u>	<u>100,00</u>
60-64	6,00	4	3,00	7.5	3,00	2.7
65-69	5,00	3.3	2,00	5	3,00	2.7
70-74	13,00	8.7	2,00	5	11,00	10
75-79	36,00	24	9,00	22.5	27,00	24.5
80-84	37,00	24.7	7,00	17.5	30,00	27.4
85-89	35,00	23.3	9,00	22.5	26,00	23.6
90-94	14,00	9.3	5,00	12.5	9,00	8.2
95 y Más	4,00	2.7	3,00	7.5	1,00	0.9
Mediana	82	-	82.8	-	81.8	-

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes.

Gráfica No. 2



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes.

Pacientes atendidos, por sexo y según edad. Cuadro No.14

En relación al sexo y a la edad, los datos del Cuadro No.14, ponen de manifiesto que un 26.7 por ciento son del sexo masculino y el 73.3 por ciento restante, del sexo femenino. La estructura por edad, evidencia que los gerontes cuentan con edades que varían desde los 60 a los 95 años y más, siendo la mediana de edad de 82.8 años para los hombres y de 81.8 para las mujeres.

Cuadro No. 15

**Pacientes del Programa Home Care, atendidos en la
Consulta Externa de la Clínica San Fernando por opinión
sobre la calidad de atención recibida, según personal
de salud o servicio: septiembre de 1994.**

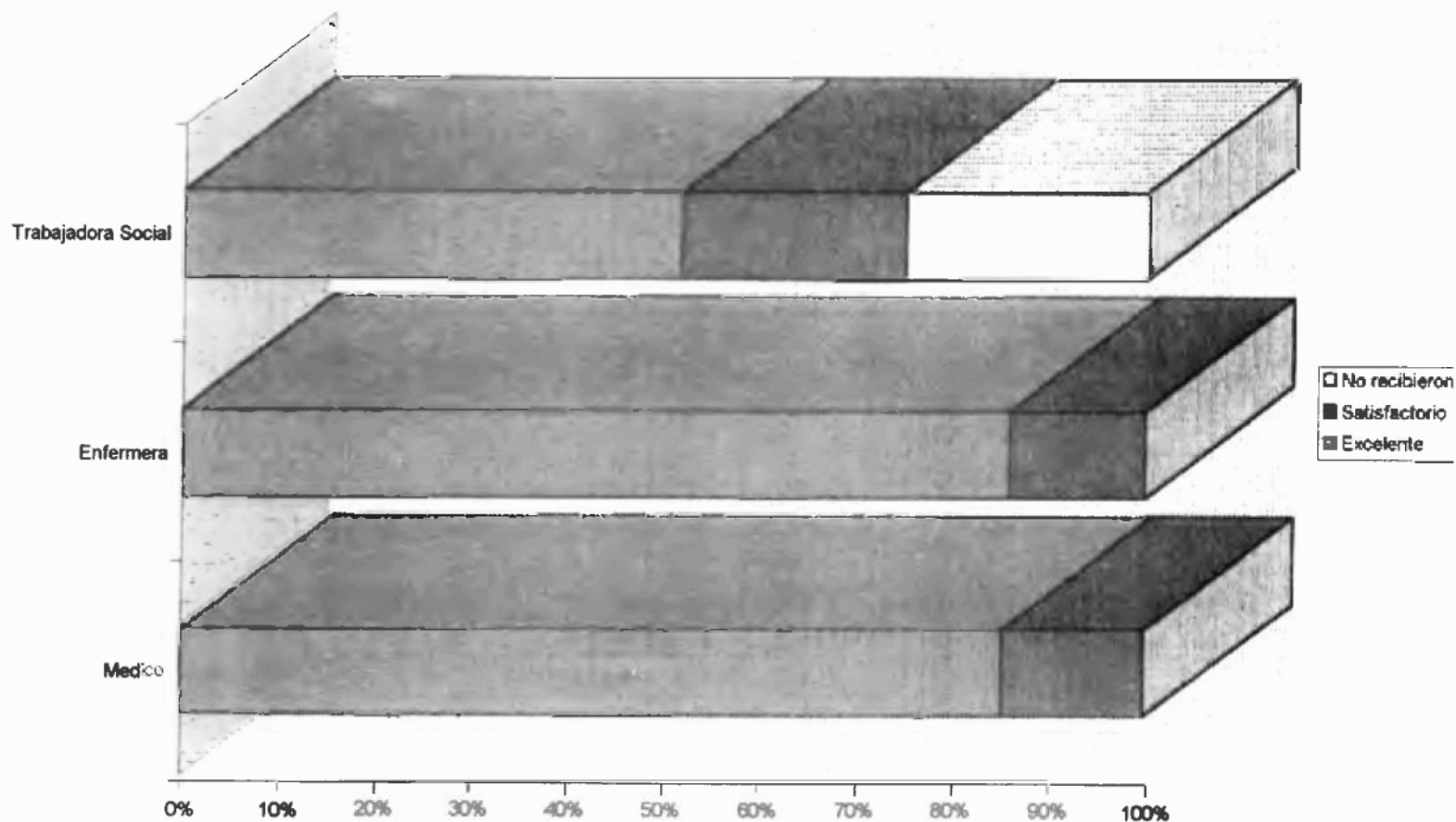
Personal o Servicio	Pacientes		Calidad de la Atención					
			Excelente		Satisfactorio		No recibieron	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Médico	150,00	100	128,00	85.3	22,00	14.7	0,00	0,00
Enfermera	150,00	100	129,00	86	21,00	14	0,00	0,00
Trabajadora Social	150,00	100	77,00	51.3	36 a)	23.3	37,00	24.7
Servicio de Laboratorio	150,00	100	121,00	80.7	23,00	15.3	6,00	4
Servicio de Radiología	150,00	100	114,00	76	19,00	12.7	17,00	11.3
Servicio de Farmacia	150,00	100	122,00	81.3	22,00	14.7	6,00	4
Servicio de Ambulancia	150,00	100	38,00	25.3	5,00	3.3	107,00	71.4
Clínica Móvil	150,00	100	41,00	27.3	5,00	3.3	104,00	69.3
Recepcionista	150,00	100	109,00	72.7	27,00	18	14,00	9.3
Tiempo de espera para ser atendido ...	150	100.0	119	79.3	31	20.7	0	0

a) incluye a un paciente que declaró " regular ".

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes.

Gráfica No. 3

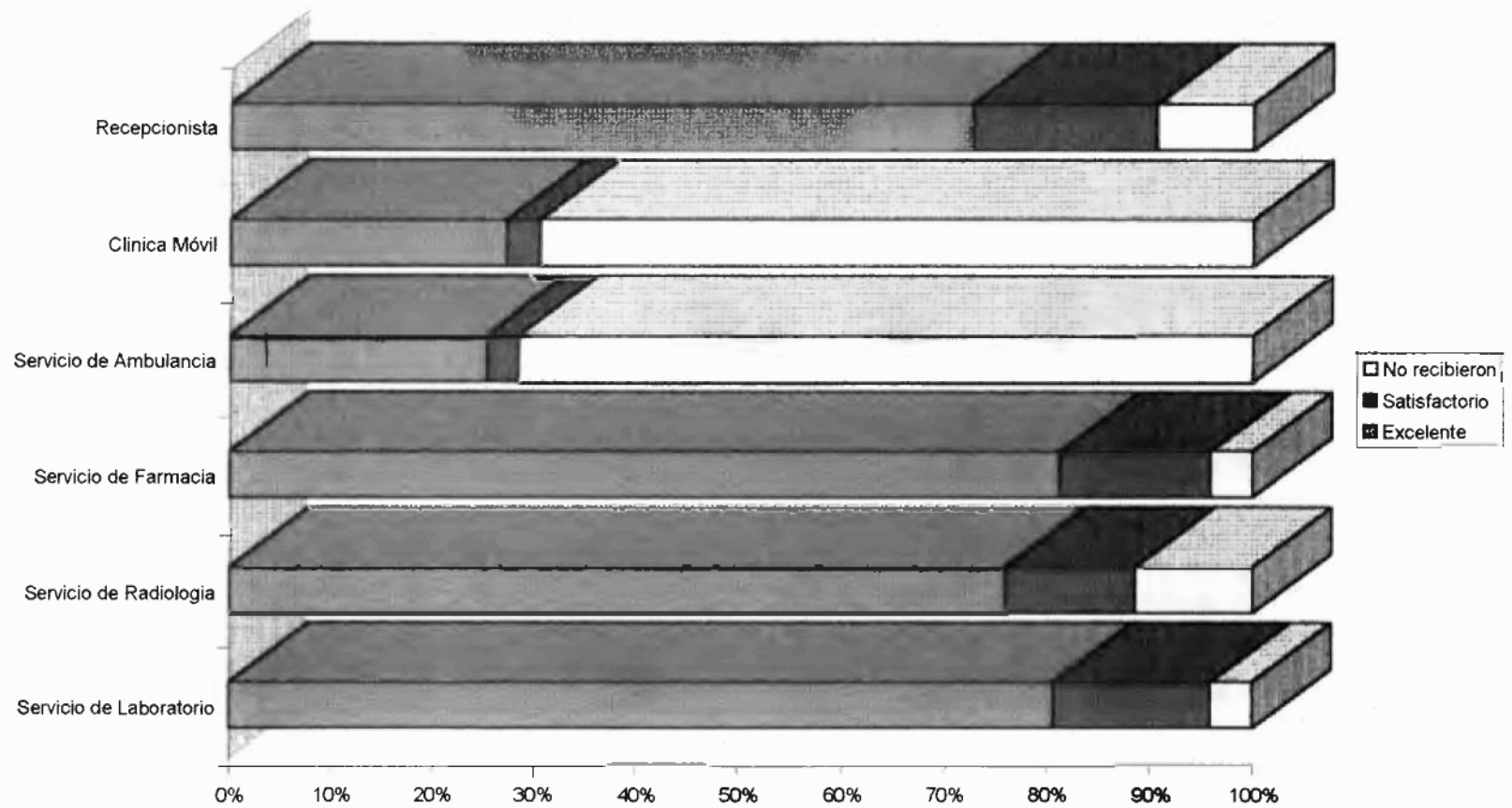
Pacientes del programa de Home Care, atendidos en la consulta externa de la clínica San Fernando por opinión sobre la calidad de atención recibida, según el personal de salud. Septiembre de 1994



Fuentes: Encuesta aplicada a los pacientes.

Gráfica No. 4

Pacientes del Programa Home Care Atendidos en la Consulta externa de la clínica San Fernando por opinión sobre la calidad de la atención recibida, según servicio. Septiembre de 1994.



Fuentes: Encuesta aplicada a los pacientes.

Pacientes atendidos, por opinión sobre la calidad de atención recibida, según personal de salud o servicio. Cuadro No.15

En relación a la calidad de la atención recibida de los médicos, enfermeras y trabajadores sociales, existe un consenso de opinión, de parte de los pacientes, al señalar que esto varía entre excelente y satisfactoria. en cuanto a los servicios de laboratorio, Radiología y Farmacia, existe una opinión relativamente similar.

El 85% de los pacientes afirman que la atención de los Médicos y Enfermeras son excelentes.

De aquellos pacientes que recibieron los servicios de ambulancia y de la clínica móvil se observa, también, una opinión relativamente alta favorable, según se muestra en el Cuadro No.15. El 80.7% de los pacientes afirman que el servicio de laboratorios es excelente al igual un 81.3%, que el servicio de farmacia es excelente.

Cabe señalar que la percepción del paciente respecto a la calidad de atención que recibe en el programa guarda relación con el grado de satisfacción que siente al ser atendido.

Cuadro No. 16

**Pacientes del Programa Home Care, atendidos
en la Consulta Externa de la Clínica San Fernando,
según tipo de orientación recibida para el
cuidado de salud: septiembre de 1994.**

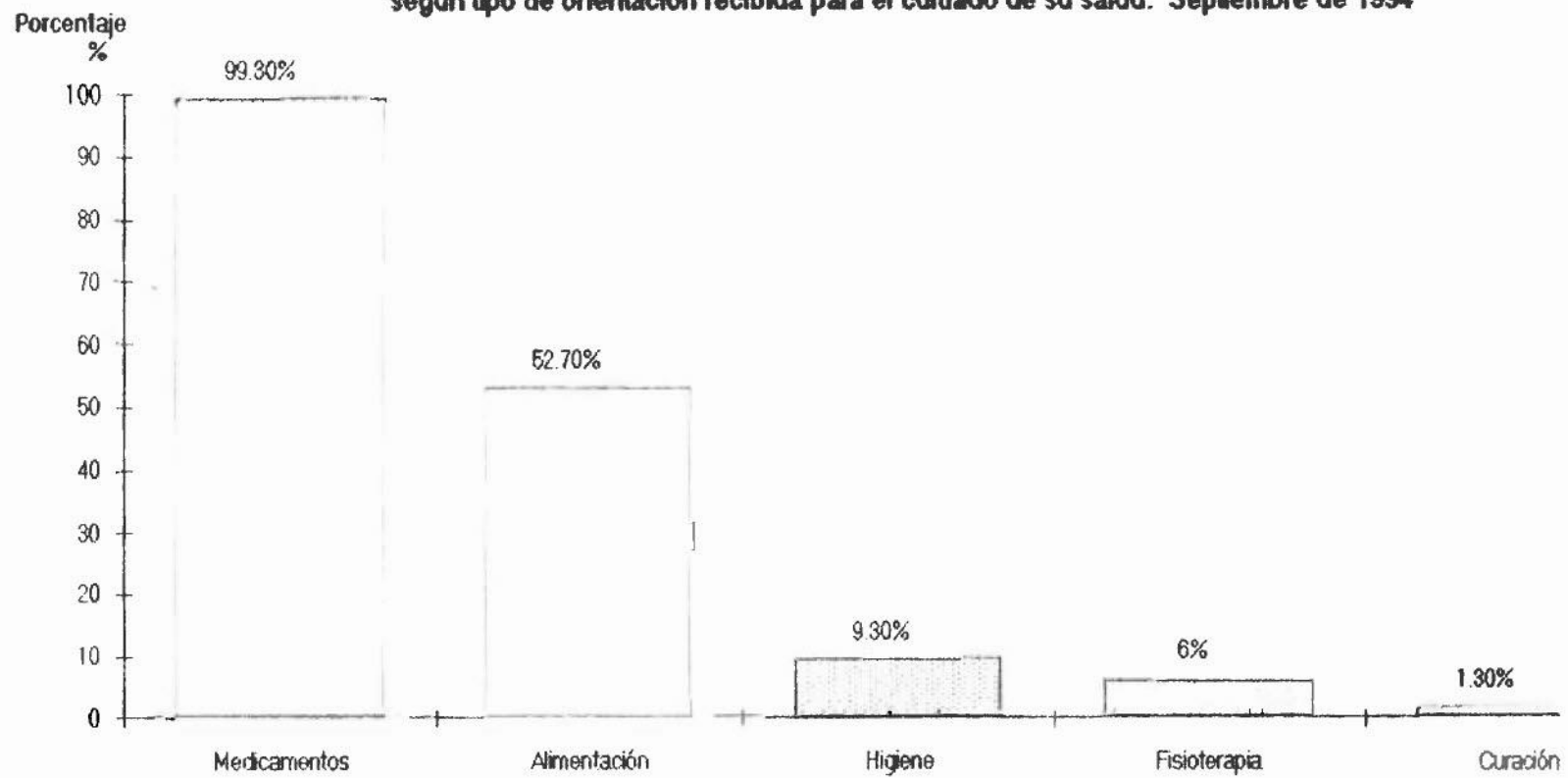
ORIENTACION	PACIENTES		
	TOTAL	RECIBIERON	
		NUMERO	PORCENTAJE 1)
Medicamentos	150,00	149,00	99.3
Alimentación	150,00	79,00	52.7
Higiene	150,00	14,00	9.3
Fisioterapia	150,00	9,00	6
Curación	150,00	2,00	1.3

1) Se refiere a la frecuencia

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes

Gráfica No. 5

Pacientes del Programa de Home Care, atendidos en la Consulta Externa de la Clínica San Fernando,
según tipo de orientación recibida para el cuidado de su salud. Septiembre de 1994



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes

**Pacientes atendidos, según tipo de orientación recibida para el
cuidado de salud. Cuadro No.16**

Según los datos del Cuadro No.16, donde mayor orientación han recibido los pacientes, ha sido en el aspecto de medicamentos, seguidos de alimentación 52.7%. Aspectos como Higiene, Fisioterapia y curación tuvieron un bajo nivel de orientación, debido quizás a que la demanda era menor.

Cuadro No. 17

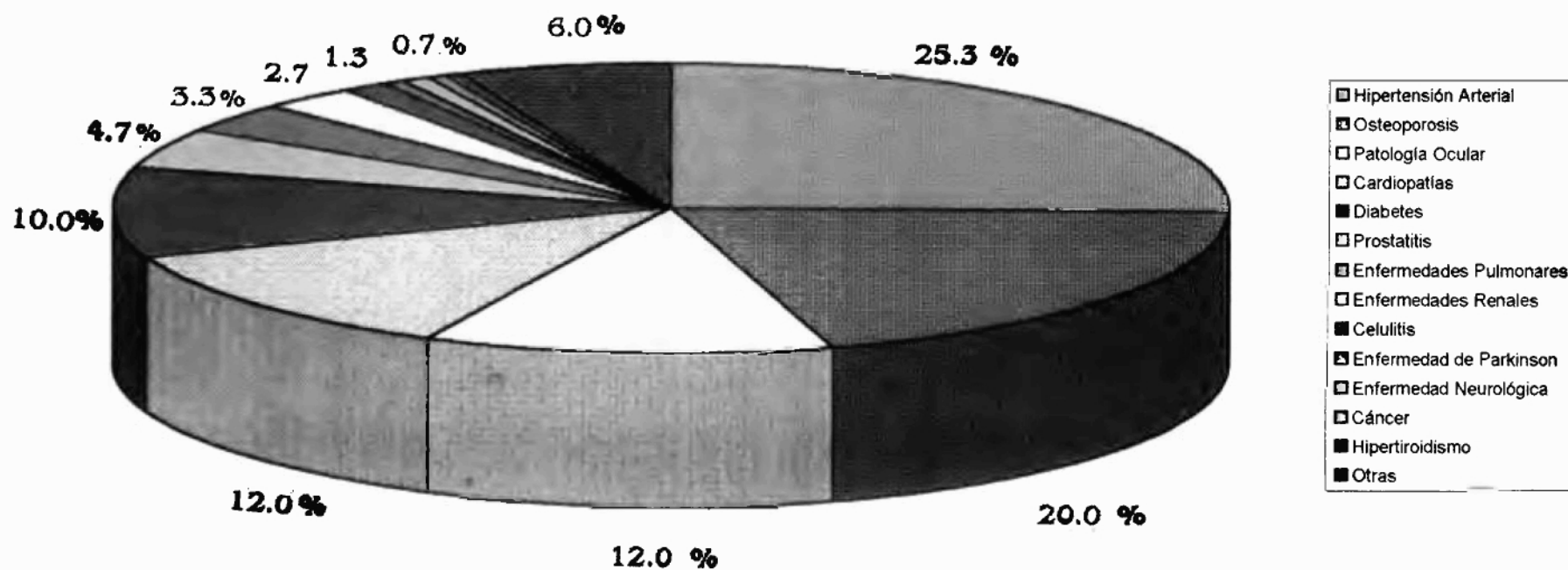
Pacientes del Programa Home Care, atendidos en la
Consulta Externa de la Clínica San Fernando, por cambios
en su situación de salud, según principal problema
de salud: septiembre de 1994.

Problemas de Salud	Cambios en su situación de salud					
	Total		Igual		Mejor	
	Número	%	Número	%	Número	%
TOTAL	<u>150,00</u>	<u>100</u>	<u>62,00</u>	<u>41.3</u>	<u>88,00</u>	<u>58.7</u>
Hipertensión Arterial	38,00	25.3	21,00	14	17,00	11.3
Osteoporosis	30,00	20	13,00	8.7	17,00	11.3
Patología Ocular	18,00	12	6,00	4	12,00	8
Cardiopatías	18,00	12	4,00	2.7	14,00	9.3
Diabetes	15,00	10	9,00	6	6,00	4
Prostatitis	7,00	4.7	3,00	2	4,00	2.7
Enfermedades Pulmonares	5,00	3.3	0,00	0,00	5,00	3.3
Enfermedades Renales	4,00	2.7	0,00	0,00	4,00	2.7
Celulitis	2,00	1.3	0,00	0,00	2,00	1.3
Enfermedad de Parkinson	1,00	0.7	0,00	0,00	1,00	0.7
Enfermedad Neurológica	1,00	0.7	1,00	0.7	0,00	0,00
Cáncer	1,00	0.7	0,00	0,00	1,00	0.7
Hipertiroidismo	1,00	0.7	1,00	0.7	0,00	0,00
Otras	9,00	6	4,00	2.7	5,00	3.3

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes.

Gráfico No. 6

Paciente del Programa Home Care atendidos en la Consulta Externa de la Clínica San Fernando, por cambios en su situación de salud, según principal problema de salud : septiembre de 1994



Fuente : Encuesta aplicada a los pacientes

Pacientes atendidos, según principales problemas de salud.**Cuadro No.17**

Los principales problemas de salud, de los pacientes encuestados, se enumeran en el Cuadro No.17, donde señala que los más destacados guardan relación con la hipertensión arterial, la osteoartritis, patologías oculares, cardiopatías y diabetes. En relación a esas dolencias, el 41.3% de los pacientes opinaron que no han notado ninguna mejoría en su situación, en tanto que el 58.7% contestaron que habían mejorado. En este aspecto de cambio de salud se debe tener presente que en estos pacientes muchas de sus dolencias son crónicas.

Cuadro No. 18

Pacientes del Programa Home Care, atendidos en la Consulta Externa de la Clínica San Fernando, por grupos de edad, según cambios en su situación de salud: septiembre de 1994.

Cambios en Salud	Edad (Años)				Totales
	60 - 69	70 - 79	80 - 89	90 - 99	
Igual	2,00 (5)	17,00 (20)	38,00 (30)	5,00 (7)	62,00
Mejor	9,00 (6)	32,00 (29)	34,00 (42)	13,00 (11)	88,00
Totales	11,00	49,00	72,00	18,00	150,00

$$X^2 = \frac{(2-5)^2}{5} + \frac{(17-20)^2}{20} + \frac{(38-30)^2}{30} + \frac{(5-7)^2}{7} + \frac{(9-6)^2}{6} + \frac{(32-29)^2}{29} + \frac{(34-42)^2}{42} + \frac{(13-11)^2}{11} =$$

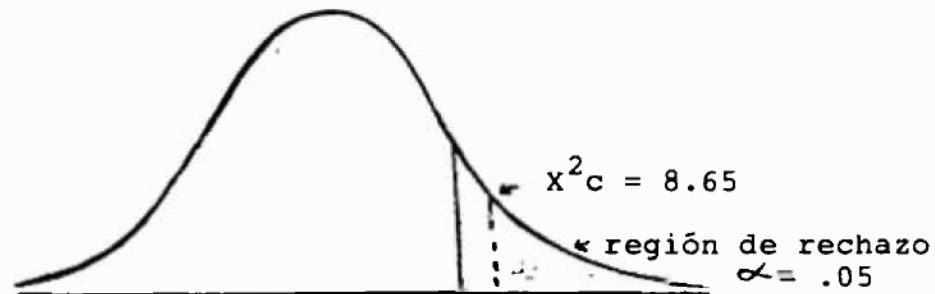
$$X^2 = 1.8 + 0.45 + 2.133 + 0.571 + 1.5 + 0.310 + 1.524 + 0.364 = 8.652$$

Grados de libertad:

$$V = (C - 1) (K - 1)$$

C = No. de columnas

K = No. de renglones



$X^2_{.95}$ con 3 grados de libertad

H_0 : Existe independencia entre la variable edad y la variable cambios en salud.

Como $X^2_c > X^2_{.95}$

A un nivel de significación de .05, se rechaza la hipótesis H_0 y se concluye que existe una asociación entre la variable edad y la situación de mejoría o cambios de salud.

Cuadro No. 19

Pacientes del Programa Home Care, atendidos en la Consulta Externa de la Clínica San Fernando, por atención médica recibida, según cambios en su situación de salud: septiembre de 1994.

Cambios en Salud	Atención Recibida		Totales
	Excelente	Satisfactoria	
Igual	50,00 (53)	12,00 (9)	62,00
Mejor	78,00 (75)	10,00 (13)	88,00
Totales	128,00	22,00	150,00

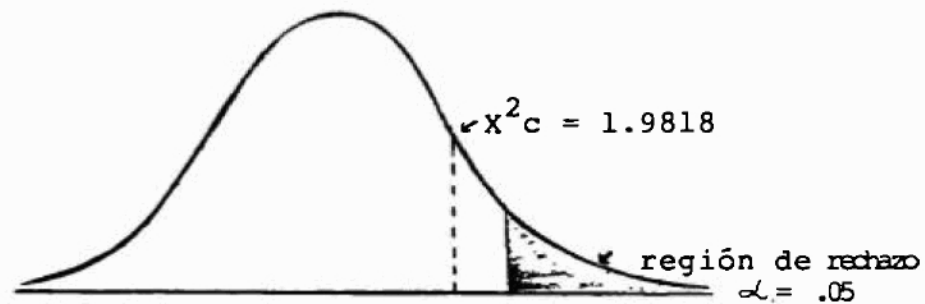
$$X^2 = \frac{(50-53)^2}{53} + \frac{(78-75)^2}{75} + \frac{(12-9)^2}{9} + \frac{(10-13)^2}{13} = 0.1698 + 0.12 + 1.0 + 0.692 = 1.9818$$

Grados de libertad:

$$V = (C - 1) (K - 1)$$

C = No. de columnas

K = No. de renglones



$X^2_{.95}$ con 1 grados de libertad

H_0 : Existe independencia entre la calidad de la atención médica recibida y los cambios en salud.

Como $X^2_c < X^2_1$

A un nivel de significación de $\alpha = .05$ se acepta la hipótesis H_0 y se concluye que existe una independencia entre la calidad de la atención médica recibida y los cambios en la salud.

Cuadro No. 20

Pacientes del Programa Home Care, atendidos en la consulta externa de la Clínica San Fernando, por principal problema de salud, según cambios en su situación de salud: septiembre de 1994.

Cambios en Salud	Problemas de Salud (Morbilidad)					Totales
	Cardio-vasculares	Osteo-artritis	Oculares	Endocrino-lógicas	Otras	
Igual	25,00 (23.13)	13,00 (12.39)	6,00 (7.44)	10,00 (6.61)	8,00 (12.39)	62,00
Mejor	31,00 (32.87)	17,00 (17.61)	12,00 (10.56)	6,00 (9.39)	22,00 (17.61)	88,00
Totales	56,00	30,00	18,00	16,00	30,00	150,00

$$X_c^2 = \frac{(25-23.13)^2}{23.13} + \frac{(13-12.39)^2}{12.39} + \frac{(6-7.44)^2}{7.44} + \frac{(10-6.61)^2}{6.61} + \frac{(8-12.39)^2}{12.39} +$$

$$\frac{(31-32.87)^2}{32.87} + \frac{(17-17.61)^2}{17.61} + \frac{(12-10.56)^2}{10.56} + \frac{(6-9.39)^2}{9.39} + \frac{(22-17.61)^2}{17.61} =$$

$$X^2 = .1512 + .0300 + .2787 + 1.7386 + 1.5554 + .1064$$

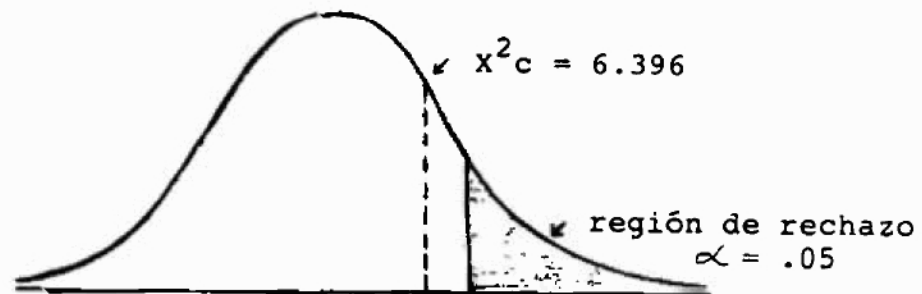
$$+.0211 + .1964 + 1.2239 + 1.0944 = 6.3961$$

Grados de libertad:

$$V = (C - 1) (K - 1)$$

C = No. de columnas

K = No. de renglones



$X^2_{.95}$ con 1 grados de libertad

Ho: Existe independencia entre los problemas de salud (enfermedades) y los cambios en salud.

Como $X^2_c < X^2_t$

A un nivel de significación de .05 se acepta la hipótesis H_0 , en el sentido de que existe independencia entre la variable problemas de salud y los cambios en salud, en el sentido de que los pacientes observan cambios en su situación de salud, independientemente de cual sea la enfermedad que padecen.

Esos cambios pueden deberse a la calidad de atención médica recibida y por las orientaciones en cuanto a alimentación y medicamentos a utilizar.

**Pacientes atendidos, por grupos de edad, según cambios en su
situación de salud. Cuadro No.18**

Niveles de significación

Una tabla de frecuencias doble, correspondiente a dos variables de clasificación, se denomina tabla de contingencia y se construye generalmente con objeto de estudiar la relación entre las 2 variables de clasificación. En particular, puede desearse el conocer si las 2 variables se encuentran o no relacionadas. Por medio de la prueba X^2 , es posible probar la hipótesis de que las 2 variables son independientes. Así, en relación a nuestro estudio, se puede usar para probar las hipótesis de que no existe relación entre la edad del paciente, la calidad de la atención médica y enfermería recibida, los problemas confrontados de salud y, los cambios observados en salud.

- En relación a la edad y los cambios en salud, se postuló la hipótesis nula (H_0) que existía independencia entre la variable edad y la variable cambios de salud. La prueba del X^2 , con un nivel de significación de $L=0.05$, cuyo cálculo se presenta en el cuadro No.18, permitió rechazar

la hipótesis nula y demostrar que existe asociación entre ambas variables.

- Independencia entre calidad de la atención recibida y cambios en salud, se aceptó la hipótesis nula y se demuestra que hay independencia entre la calidad de atención y la mejoría (cuadro No.19).
- Independencia entre Problemas de salud y cambios en salud. Se aceptó de que existe independencia entre la variable morbilidad y los cambios en salud (cuadro No.20).

Prueba de Hipótesis

Con el fin de determinar la significación estadística, los valores obtenidos en la encuesta sobre la opinión de la calidad de atención en relación a los recursos humanos (personal), servicios y tiempo de espera, se someterá a la prueba de "chi" cuadrado, con un intervalo de confianza 0.05 ó 95% de certeza.

Para ello la hipótesis general:

Nula

- " La calidad de atención no está asociada a los recursos humanos, al tiempo de espera y a los servicios que brinda el programa de Home Care."

Alterna

- "La calidad de atención está asociada a los recursos humanos, al tiempo de espera y los servicios que brinda el programa de Home Care".

La desglosaremos en tres hipótesis de esta manera:

1. Nula: La calidad de atención no está asociada a los recursos humanos (personal) del programa.

Alternativa: La calidad de atención está asociada a los recursos humanos (personal) del programa.

2. Nula: La calidad de atención no está asociada a los servicios que brinda el programa de Home Care.

Alternativa: La calidad de atención está asociada a los servicios que brinda el programa de Home Care.

3. Nula: La calidad de atención no está asociada al tiempo de espera para ser atendido.

Alternativa: La calidad de atención está asociada al tiempo de espera para ser atendido.

Cuadro No.21

La Calidad de Atención está Asociada a los Recursos Humanos (Personal) del Programa

Calidad de Atención	Recursos Humanos (Personal)	
	Observado	Teórico
Excelente	112	101.25
Satisfactorio	26	22.5
No Recibió	12	26.25

$$\begin{aligned}
 X^2 &= \sum \frac{(O-E)^2}{E} \\
 X^2 &= \sum \frac{(112-101.25)^2}{101.25} + \frac{(26-22.5)^2}{22.5} + \frac{(12-26.25)^2}{26.25} \\
 X^2 &= \sum 1.1414 + 0.5444 + 7.7357 \\
 X^2 &= 9.42
 \end{aligned}$$

Grado de libertad V=2

A un nivel de significación de $\alpha = 0.05$, $X^2_{\text{tabular}} = 5.99$

como $X^2_c \geq X^2_{0.05}$

$$9.42 \geq 5.99$$

Se rechaza la H_0 y se acepta la H_a ,

Que si existe asociación entre la calidad de atención y los recursos humanos (personal).

Cuadro No.22

**La Calidad de Atención está Asociada a los Servicios
que Brinda el Programa de Home Care**

Calidad de Atención	Servicio	
	Observado	Teórico
Excelente	87	101.25
Satisfactorio	17	22.5
No Recibió	46	26.25

$$\begin{aligned}
 X^2 &= \sum \frac{(O-E)^2}{E} \\
 X^2 &= \sum \frac{(87-101.25)^2}{101.25} + \frac{(17-22.5)^2}{22.5} + \frac{(46-26.25)^2}{26.25} \\
 X^2 &= \sum 2.0056 + 1.3444 + 14.8595 \\
 X^2 &= 18.2095
 \end{aligned}$$

Grado de libertad V=2

A un nivel de significación de $\alpha = 0.05$, $X^2_{\text{tabular}} = 5.99$

como $X^2_c \geq X^2_{0.05}$

$$18.2095 \geq 5.99$$

Se rechaza la H_0 y se acepta la H_a

Que si existe asociación entre la calidad de atención y los servicios que brinda el programa.

Cuadro No.23

La Calidad de Atención está Asociada al Tiempo de Espera para ser Atendido

Calidad de Atención	Tiempo de Espera	
	Observado	Teórico
Excelente	119	101.25
Satisfactorio	31	22.5
No Recibió	0	26.25

$$\begin{aligned}X^2 &= \sum \frac{(O-E)^2}{E} \\X^2 &= \sum \frac{(119-101.25)^2}{101.25} + \frac{(31-22.5)^2}{22.5} + \frac{(0-26.25)^2}{26.25} \\X^2 &= \sum 3.11 + 3.21 + 26.25 \\X^2 &= 32.57\end{aligned}$$

Grado de libertad V=2

A un nivel de significación de $\alpha = 0.05$, $X^2_{\text{tabular}} = 5.99$

como $X^2_c \geq X^2_{0.05}$

$$32.57 \geq 5.99$$

Se rechaza la H_0 y se acepta la H_a ,

Que si existe asociación entre la calidad de atención y el tiempo de espera para ser atendido.

Coeficiente de Contingencia Cuadrática.

El coeficiente tiene un valor positivo y entre más grande, mayor es la asociación entre las variables

$$C = \sqrt{\frac{\text{valor } x^2}{\text{valor } x^2 + n}}$$

1. En relación a la calidad de atención y los recursos humanos (personal)

$$C = \sqrt{\frac{9.42}{9.42 + 150}} \quad C = \sqrt{\frac{9.42}{159.42}} \quad C = 0.2431$$

2. En cuanto a la calidad de atención y los servicios que brinda el programa de Home Care.

$$C = \sqrt{\frac{18.20}{18.20 + 150}} \quad C = \sqrt{\frac{18.20}{168.20}} \quad C = 0.3290$$

3. Respecto a la calidad de atención y el tiempo de espera para ser atendido.

$$C = \sqrt{\frac{32.57}{32.57 + 150}} \quad C = \sqrt{\frac{32.57}{182.57}} \quad C = 0.4224$$

En el coeficiente de contingencia cuadrática, el valor máximo que puede admitir es 1 y en la medida que se acerca a este valor más grande es la asociación.

Los datos calculados señalan una alta asociación entre las distintas variables y la calidad de atención no obstante la mayor asociación se observa entre la calidad de atención y el tiempo de espera.

Cuadro No. 24

Personal del Programa Home Care, de la Consulta Externa de la Clínica San Fernando, por opinión sobre la suficiencia del servicio del programa, según tipo: septiembre de 1994.

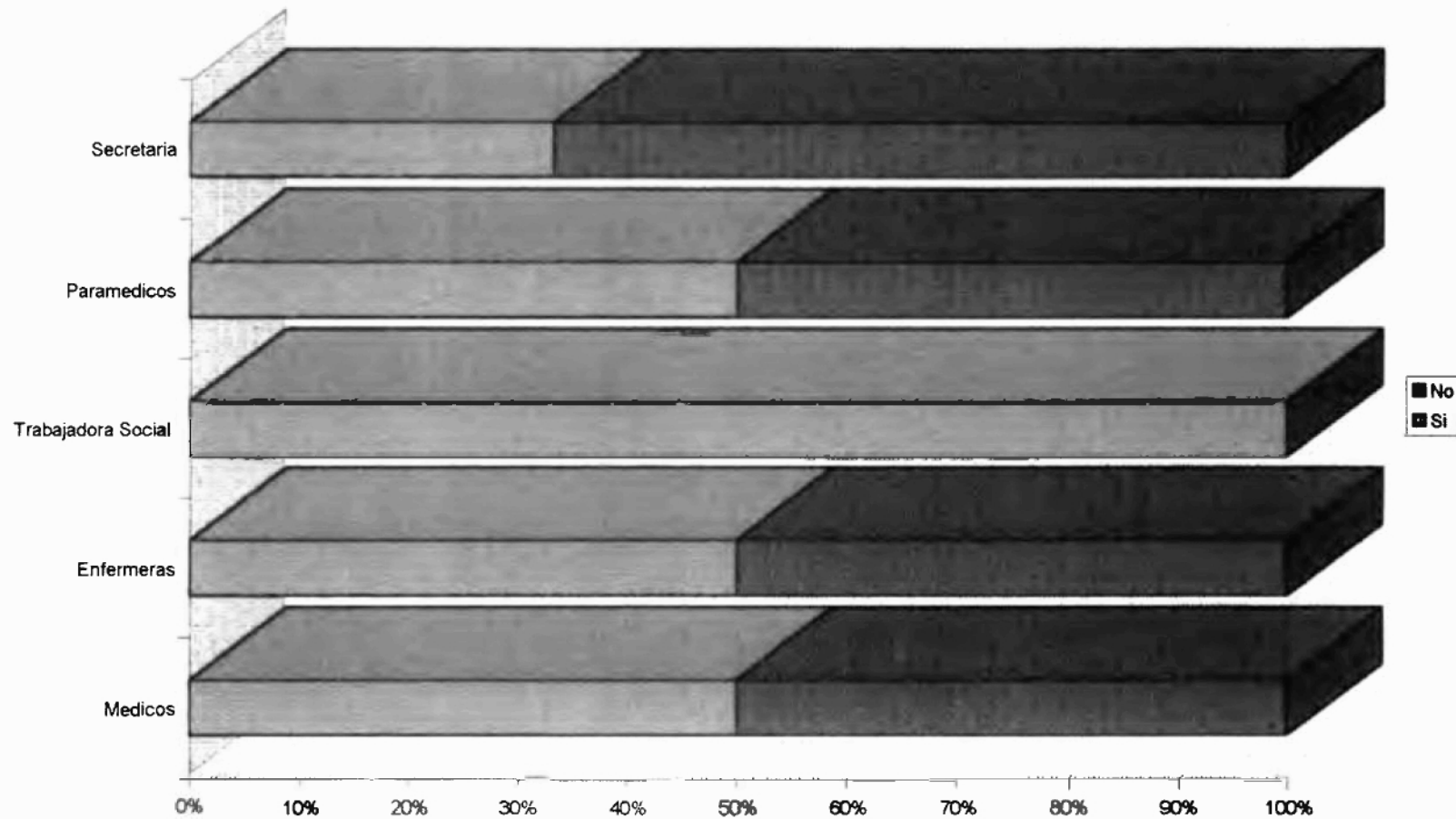
Tipo de Recurso	Opinión sobre la suficiencia					
	Total		SI		No ¹⁾	
	Número	%	Número	%	Número	%
HUMANO						
Médicos	6,00	100	3,00	50	3,00	50,00
Enfermeras	6,00	100	3,00	50	3,00	50,00
Trabajadora Social	6,00	100	6,00	100	0	0
Paramédicos	6,00	100	3,00	50	3,00	50,00
Secretaria	6,00	100	2,00	33.3	4,00	66,7
FISICO	6,00	100	6,00	100	0,00	0,00

1) La opinión negativa se fundamenta en el hecho de que la demanda por servicios es creciente y los recursos para satisfacerla, limitado.

Fuente: Encuesta aplicada al personal de Home Care.

Gráfica No. 7

Personal del Program Home Care, de la consulta externa de la Clínica San Fernando, por opinión sobre la suficiencia del servicio del program según tipo: Septiembre de 1994



Fuente: Encuesta aplicada al personal de Home Care

Opinión del Personal sobre la suficiencia del recurso humano y físico del Programa "Home Care"

En relación a la adecuación del número de médicos, enfermeras y paramédicos con que cuenta el programa, el criterio está dividido. El 50.0 por ciento opina que es suficiente, en tanto que el resto opina lo contrario, argumentando el hecho de que la demanda por servicios es creciente y el recurso humano para satisfacerla, muy limitado.

En lo concerniente a trabajo social, el 100 por ciento de los encuestados consideran que el número de éstos profesionales es suficiente para atender la demanda, pero en cuanto al personal de secretaría, el 66.7 por ciento estima que se debe incrementar el número a fin de mantener actualizado y con prontitud los informes de las actividades realizadas.

En cuanto al recurso físico, existe un consenso de que éste es suficiente, según se muestra en el cuadro No.24.

Cuadro No. 25

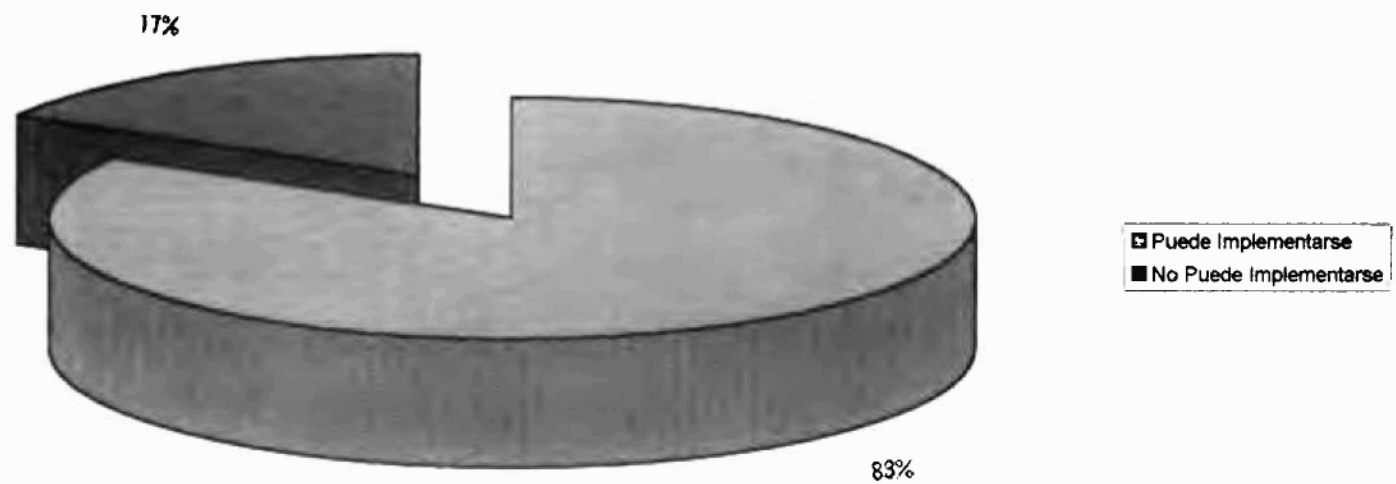
**Opinión del Personal de Home Care, sobre la Implementación
del programa en otras Instituciones. septiembre: 1994.**

POSIBILIDAD DE IMPLEMENTACION	NUMERO	PORCENTAJE
Puede Implementarse	5,00	83.3
No Puede Implementarse	1,00	16.7
TOTAL	6,00	100.0

Fuente: Encuesta aplicada al personal de Home Care.

Gráfica No. 8

Opinion del Personal sobre la implementacion del programa en otras instituciones. Septiembre de 1994.



Encuesta Personal de Home Care.

Opinión del Personal de Home Care, sobre la implementación del programa en otras instituciones, Cuadro No.25

El 83.3 por ciento del personal concuerda en señalar que el programa de "Home Care" debería implementarse en otras instituciones de salud, dado que, a la vez que permite un manejo integral del paciente, facilita el trabajo en equipo. No obstante, previamente deberían realizarse estudios de factibilidad al respecto. El 16.7 por ciento del personal, considera que este programa no debe implementarse debido a los altos costos de funcionamiento y a la alta y creciente demanda de pacientes de la tercera edad.

Cuadro No.26

Actividades que realiza el personal de Home Care, de la Clínica San Fernando, en la Consulta Externa, en visitas domiciliarias y en la clínica móvil; Septiembre de 1994.

LUGAR Y ACTIVIDAD		
Consulta Externa	Visita Domiciliaria	Clínica Móvil
<ul style="list-style-type: none"> - Signos Vitales - Peso - Exámen Físico - Evaluación Médica Anual - Orientación - Referencia o Trabajo Social - Referencia a Especialistas - Hospitalizaciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Exámen Físico - Evaluación del Medio Ambiente - Revisión y Control de Medicamentos - Evaluación de la capacitación del paciente en el grupo familiar - Detección de conflictos familiares - Referencia a médicos especialistas - Vigilar el cumplimiento de orientación <ul style="list-style-type: none"> - al paciente - al custodio - Hospitalización cuando se amerita 	<ul style="list-style-type: none"> - Signos vitales - Exámen Físico - Revisión y entrega de medicamentos - Charlas - Orientación

Fuente: Encuesta aplicada al personal del programa Home Care

Actividades que realiza el personal del Programa "Home Care"

Las variadas actividades que realiza el personal médico y de enfermería, en la consulta externa, visitas domiciliarias y en la clínica móvil, se consignan en el cuadro No.26.

CONCLUSIONES

1. La Clínica Hospital San Fernando a pesar de ser una Institución privada es el primer hospital del sector pacífico que desarrolla este tipo de programa dirigido a las personas de la tercera edad.
2. El programa de Home Care esta formado por un equipo multidisciplinario, dirigido por un médico director, cuenta con un local, con consultorios adecuados y debidamente equipados para brindar atención ambulatoria.
3. Los servicios que brinda el programa de Home Care son: Atención Ambulatoria, Consulta Externa, Atención Comunitaria (Clínica Móvil, Clínica de día de pago, visita domiciliaria), Atención Médica continua (Hogares de Ancianos, Asilos), Servicio de Emergencia, Atención Preventiva y de Cobertura Intrahospitalaria.
4. Los servicios misceláneos están constituidos por: Servicio de Ambulancia 24 hrs. al día, Préstamos de equipo Médico-quirúrgico para uso domiciliario, sillas de ruedas,

camas hospitalarias, servicio portátil, bastones ortopédicos, oxígeno, terapia a domicilio entre otros.

5. El médico del programa realiza visita domiciliaria a los pacientes encamados que no pueden asistir a la Consulta Externa.
6. El plan de salida desarrollado por la Enfermera de Home Care, es uno de los aspectos educativos más relevantes a nivel intra-hospitalario, donde el familiar y el paciente aprenden y practican los procedimientos de cuidado antes de que el paciente tenga salida.
7. El programa de Home Care tiene un especial énfasis en la atención preventiva (Educativa).
8. Existe una comunicación y coordinación entre los médicos del programa y los médicos de cobertura y especialista.
9. La clínica móvil constituye una forma de atención ambulatoria, accesible a los pacientes residentes a un determinado lugar.

10. El 85% de los pacientes que acuden a la Consulta Externa, evalúan la Calidad de Atención que se brinda al personal Médico y de Enfermería como Excelente, el 89% de los pacientes catalogan a los servicios recibidos como excelentes. En cuanto a el tiempo de espera, el porcentaje se eleva a un 94%.
11. Respecto a la percepción del personal de salud que labora en el programa, el 50% afirma que los recursos humanos son suficientes y el otro 50% señalan que se deben aumentar los recursos, por la creciente demanda de los usuarios de esa edad.

RECOMENDACIONES

1. Adecuar el número de los recursos humanos a fin de lograr una mejor cobertura tanto en la demanda como en las variaciones de las patologías de los usuarios.
2. Que se refuercen los servicios de Atención ambulatoria, comunitaria, médica continua, de Atención preventiva y de Cobertura intrahospitalaria.
3. Modernización y actualización de los servicios misceláneos de acuerdo a los cambios que se están dando a la presente década.
4. Se requiere una mayor divulgación de este programa, respecto a los servicios de atención que brinda, su proyección hacia la comunidad.
5. En vista de los excelentes resultados obtenidos se recomienda motivar la adecuación e implementación de todos los aspectos positivos de este programa a otros similares que se llevaron a cabo en las instituciones de salud de Panamá.

6. Se recomienda a las autoridades de salud que deben normar y reglamentar (los hogares) todos los hogares de ancianos y albergues.
7. Dadas las ventajas del plan de salida debe servir de guía y tratar de implementarse en los servicios destinados a los pacientes geriátricos.
8. Promover el desarrollo de la Clínica móvil como una alternativa de ofrecer una mayor accesibilidad a los pacientes que no pueden asistir a la Consulta Externa.



Entrada Principal del Programa de Home Care San Fernando



Llegada de un Paciente Ambulatorio en el Transporte del Programa



Atención de Enfermería en la Consulta Externa



Atención Médica en la Consulta Externa.



Paciente Después de ser Atendido Muestra su Satisfacción



Atención de Enfermería en el Día de Pago



Atención de Enfermería en el Día de Pago



Atención de Enfermería en la Clínica Móvil
(Iglesia Episcopal San Pablo)



Paciente que ha Recibido Atención en la Clínica Móvil
(Iglesia Episcopal San Cristobal)



Paciente del Programa Home Care en el Hogar Belén de Chanis



Paciente del Programa en el Hogar
Brisas del Mar en Veracruz

BIBLIOGRAFIA

- ANZOLA, Elias. et. al., **La Atención de los Ancianos: un desafío para los años noventa.** OPS, OMS, No.546. Washington E.U.A. 1994.
- BARQUIN C., **Manuel Dirección de Hospitales (Sistema de Atención Médica).** 5ta. Ed., Nueva Editorial Interamericana S.A., México. 1992.
- BARRA, Ralph. **Círculos de Calidad en Operación.** 2da Ed., Editorial Mc Graw-Hill, México. 1991.
- BOND, L. **Módulo Sobre la Evaluación de los Programas de Salud.** Programa de Formación de Personal y Programa de Prestación de Servicios.
- BROOK, R.H., and Avery, A.D. **Avality Assessment: Issues of Definition an Measurament.** The Rand Corporation, Santa Mónica, U.S.A. 1991.
- BROOK, R.H., William, K.N. **Quality Assurance Today and Tomorrow.** Annals of Internal Medicine, U.S.A. 1991.
- BROOKS, Stewart. **Guía Para el Exámen Profesional de Enfermería.** Nueva Editorial Interamericana S.A., México.1991.
- BUSTAMANTE, Rodrigo. **Apuntes de Cátedra. Planeación y Evaluación.** Universidad Javeriana. Bogotá. 1989.
- BUTLER, Robert. **Geriatrics.** January 1995 Vol. 50 No.1. B.P.A. International. USA 1995.

CANALES, Francisca. Eva Luz de Alvarado y Elia B. Pineda. **Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo del Personal de Salud.** 2da. Ed. Colombia; Editorial Carvajal S.A. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud. 1989.

CLINICAS MEDICAS DE NORTEAMERICA. **Medicina Geriatrica.** Vol.2 1986. Interamericana México. 1986 Editora Importécnica S.A., España 1986.

CONSTANZO, G. Ilan Vertinsky. **Measuring the Quality of Health Care a Decision Oriented Typology Medical Care.** Vol.13 #5. 1980.

CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA. **Censos Nacionales de Población y Vivienda.** Dirección de Estadística y Censo. Volúmen VI. Panamá. 1991.

DEVER, Alan. **Epidemiología y Administración de los Servicios de Salud.** Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1991.

DICCIONARIO. **Sinónimos y Antónimos.** Editorial Geminis, Arte Sistemas, Panamá S.A. 1993.

DICCIONARIO OCEANO. **Sinónimos y Antónimos.** Colombia, Ediciones Océano, 1993.

DONABEDIAN, A. **Explorations Inquality Assessment and Monitoring: The definition of Quality and Approaches to its Assessment** Aun Arbon, M.I. Healt Administration Press, 1988.

DONABEDIAN, A. Jrc. Weeler y Lwyzewianki. **Quality, Cost and Healt and Integrative Model Care.** USA. 1988.

- DONABEDIAN, Avedis. **Evaluación de la Atención del Paciente.** Centro Latinoamericano de Administración Médica, Buenos Aires, 1988.
- ESCALA, Manuel Angel. Seminario Taller. **Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud.** Documento Multigrafiado. III Curso de M.S.P. Universidad de Panamá. 1992.
- ESTADISTICA PANAMEÑA, **Estadística y Censo.** Boletín No.944. Panamá, 11 de Mayo de 1984.
- FAYAD, Camel. **Estadística Médica y de Salud Pública.** Tomo I. Editora Consejo de Publicaciones de la Universidad de los Andes, Venezuela. 1982.
- FLEISHMAN, Raquel. **Evaluación de la Calidad de Atención al Anciano.** Vol.546, Ginebra, 1994.
- FRENK, J. Y J. Peña. **Evaluación de Tecnología y Calidad de Atención.** PNSP 85/30/25 Washington, D.C., O.P.S. 1985.
- GINZBERG, E. **Notes on Evaluating the Quality of Medical Care.** The New England Journal of Medicine U.S.A. 1992.
- HAYS, M. **Consumers Base Quality Perceptions on Patients Relations Modern Healthcare,** Federal Register. Chicago - U.S.A., 1991.
- HAWKINS, Joellen. **An Orientation to Hospitals and Community Agencies.** Springer Publishing Company, New York U.S.A. 1991.
- HIASCHHORN, Norbert. **Quality of Care Assessment and Assurance.** Medical Publications División, Boston U.S.A., 1991.

- HUNNINGHAKE, Donald. **The Medical Clinics of North America.** Vol.78. Number 1. January 1994. W.B. Saunders Company. U.S.A. 1994.
- HURLEY, James. **Enfermedades Tiroideas en el Anciano.** Volumen 2, 1991. Medicina Geriatrica. España. FUR S.A. 1991.
- JURAN, M. y otros. **Modelo de Evaluación para el Sistema de Salud,** Ministerio de Salud, UNICEF, Tomo I, Colombia, 1989.
- JOINT COMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATION **Quality Assurance in Home Care: An Introduction to a Management Process.** Chicago. 1990.
- JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICAS SOCIETY. Vol.42 No.11. November 1994. U.S.A.
- KEMPER, P., APPLEBOUM, R. , HARRIGAN, M. **A Systematic Comparison of Community Care Demostrations.** Madi, University of Wisconsin, Institute for Reserach on Proverty, Wisconsin 1990.
- KERR, Marikay y otros. **Defining Measuring and Assessing the Quality of Health Services.** Public Health Reports. Vol.84. No.5 May 1990.
- KOONTZ, Harold y O'DONNELL Cirly. **Curso de Administración Moderna,** 6ta. Ed., Editorial McGraw Hill, Bogotá, Colombia, 1991.
- KRON, Thora. **Liderazgo y Administración en Enfermería.** 5ta. Ed., Editorial Interamericana, México. 1989.

- KROPF, Roger. **Strategic Análisis for Hospital Management.** An Aspen Publication; Maryland, U.S.A., 1991.
- LANGARICA, Raquel. **Gerontología y Geriatría.** Editorial Interamericana S.A., México D.F. 1990.
- LITVAK, Jorge. **El Envejecimiento de la Población: Un Desafío Que Va Más Alla del Año 2,000.** Boletín OPS, Vol.109, No.1, Julio 1990.
- LOPEZ, Luis. **Trabajos de Graduación e Informes.** Procedimientos y Técnicas para su Elaboración. 4ta. Ed., Panamá. 1993.
- LUANGA, S.K. y Lemeshow, S. **Determinación del Tamaño de las Muestras en los Estudios Sanitarios.** OMS, Ginebra. 1991.
- MINISTERIO DE SALUD. Archivos del Hospital Santo Tomás, Volúmen 1. No.2., Mayo 1993.
- NICOLA, Pietro de. **Geriatría.** Editorial El Manual Moderno S.A., México 1990.
- NOATHRUP, C. **Home Health Care: Changing Legal Perspectives. Nursing Outlook.** New York U.S.A. 1990.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **A Profile of the Elderly in Chile.** Washington D.C. 1990.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Cuadernos de Gerontología.** Vol.5, Diciembre 1991.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Hacia el Bienestar de los Ancianos.** Vol.112, No.3, Marzo 1992.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Investigación Sobre Servicios de Salud, Una Antología.** Editorial Kerr. L. White. Washington. 1992.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Orientación, Estrategias y Prioridades Pragmáticas 1991 - 1994.** Washington D.C. E.U.A. 1991.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Evaluación de los Programas de Salud. Normas Fundamentales.** In Serie. Salud Para Todos, No.6. 1986.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Glosario de Términos.** Salud Para Todos. No.9: 11-34. U.S.A. 1986.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La Salud de las Personas de Edad.** Publicación No.779. 1989.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Preparación de Indicadores para Vigilar los Progresos Realizados en el Logro de Salud.**

PABÓN, Hipólito. **Evaluación de los Servicios de Salud.** 2da. Ed., Editorial Universidad del Valle. Facultad de Salud, Departamento de Medicina Social, Cali - Colombia. 1988.

PAGANINI, José María. **Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria.** O.M.S., Vol.115, No.6. Washington, D.C. Diciembre 1993.

PAGANINI, José María. **La Garantía de Calidad.** H.S.D./SILOS - 13 Organización Mundial de la Salud. Federación Latinoamericana. 1993.

- PERRODIN, Cecilia. **Supervisión de los Servicios de Enfermería.** 2da. Ed., Nueva Editorial Interamericana, S.A., México. 1990.
- PORRAS, J. Armando. **Modelo de Evaluación para el Sistema Nacional de Salud.** Ministerio de Salud. UNICEF. Bogotá, Colombia. Julio 1990.
- ROEMER, M.I. y Montoya Aguilar. **Evaluación y Garantía de Calidad.** O.M.S., Publicación No.105. Ginebra 1988.
- SCILEPPI, Kenneth. **Enfermedades Oseas y Articulares en Ancianos.** Vol. 2/1986 Clínicas Médicas de Norteamérica. Medicina Geriátrica Interamericana. Editora Impoctécnica S.A. España 1986.
- SIMMOS, Litan. **Administración de los Servicios de Enfermería.** Nueva Editorial Interamericana, S.A., México 1990.
- SERRANO, Irma G. de y otros. **Manual para la Preparación de Informes y Tesis.** Editorial Universitaria, Universidad de Puerto Rico, 1990.
- SMITH, Donald. **Urología General.** 7ma. Ed., Editorial Moderna S.A., México D.F. 1990.
- SPIEGEL, A. **Home Health Care.** 2da. Ed., Owings Mills, MD: National Health Publishing.
- STANHOPE, M. **Home Care.** Post Perspectives and Implications for the Present and Futures. Inc. Meisenhemer (Ed.) Gaitherburg M.D. Aspen Publishers 1992.
- STANHOPE, M. **Home Care.** Quality Assurance for Home Health Care. Gaitherburg M.D. Aspen Publishers 1992.

STEWART, Jane. **Home Health Care.** 2da. Ed., The C.B. Mosby Company, Toronto, U.S.A. 1989.

TAMAYO y TAMAYO, Mario. **El Proceso de la Investigación Científica.** 2da. Ed., Editorial Limusa, México 1987.

UGARTE, José Manuel. **Bases Estadísticas de la Investigación Médica.** Editorial Stanley. Universidad de Chile. Santiago. 1988.

WAYNE, Daniel. **Bioestadística.** Limusa, Noriega Editores. México, 1992.

WHITE, Kerr. **Investigación Sobre Servicios de Salud: Una Antología.** Organización Mundial de la Salud, Publicación No.534. 1990.

WILBERT, C. **Quality Assurance: A Guide to Effective Programs.** Inc. Maisenheimer (Ed.) Gaitherburg M.D. Aspen Publishers U.S.A. 1992.

WILLIAMSON, Jonh. **Evaluation Quality of Patient Care.** Journal of the American Medical Association. J.A.M.A. Chicago, Vol. 218 No.4, October 1988.

ANEXOS

HOME HEALTH CARE PROGRAM



GORGAS ARMY COMMUNITY HOSPITAL
PANAMA

ANEXO No.1

INSTRUMENTOS

- 1.1. Cuestionario Dirigido a Pacientes Ambulatorios (Entrevista)
- 1.2. Cuestionario Dirigido al Personal del Programa de Home Care)

ANEXO 1.1.

CUESTIONARIO No. 1

DIRIGIDO A PACIENTES AMBULATORIOS

Estimado Sr. (Sra.)

El presente cuestionario es para obtener información sobre la atención brindada en el Programa de Home Care.

Todos los datos son anónimos y estrictamente confidenciales.

Edad _____ Sexo _____

Marque con una (X) de acuerdo a la atención recibida

1- La atención que recibió de:

Excelente Satisfactorio Deficiente

a- Médico	_____	_____	_____
b- Enfermera	_____	_____	_____
c- Trabajadora Social	_____	_____	_____
d- Recepcionista	_____	_____	_____
e- Servicio de Laboratorio	_____	_____	_____
f- Servio de Radiología	_____	_____	_____
g- Servicio farmacia	_____	_____	_____
h- Servicio de Ambulancia	_____	_____	_____
i- Clínica móvil	_____	_____	_____
j- Tiempo de espera para ser atendido	_____	_____	_____

2- ¿Cuál es su principal problema de salud?

3- ¿Qué orientación ha recibido para el cuidado de su salud.
(alimentación, higiene, medicamentos, curaciones, fisioterapia).

4- Desde que inicio la utilización de los Servicios de HOME CARE,
¿Qué cambios ha tenido en su situación de salud?

ANEXO 1.2.

QUESTIONARY No. 1

DIRECTED TO AMBULATORY PATIENTS

Dear Mr. (Mrs.)

The present questionnaire is to obtain information about the attention you received in the HOME CARE PROGRAM

All the information is anonymous and estrictly confidential.

Age _____ Sex _____

Mark and (X) depending and the attention you have received

Very good Satisfactory Unsatisfactory

a- Physician	_____	_____	_____
b- Nurse	_____	_____	_____
c- Social Worker	_____	_____	_____
d- Appointments Clerk	_____	_____	_____
e- Laboratory Service	_____	_____	_____
f- Radiology Service	_____	_____	_____
g- Pharmacy Service	_____	_____	_____
h- Ambulance Service	_____	_____	_____
i- Mobile Clinic	_____	_____	_____
j- Waiting time to received attention	_____	_____	_____

2- What is your principal health problem?

3- What guidance have you received for your health care?
(nutrition, hygiene, medications, healing, physiotherapy).

4- Since you start receiving services from HOME CARE
What changes have you experienced with your health?

CUESTIONARIO

DIRIGIDO AL PERSONAL DEL PROGRAMA DE HOME CARE

El presente cuestionario, tiene la finalidad de obtener información sobre la atención que se brinda en el programa. Sus respuestas son confidenciales y anónimas.

1. Recursos:

A. Recursos Humanos

Usted cree que es suficiente el personal que integra el Programa de Home Care?

	Sí	No	Porqué
Médicos	_____	_____	_____
Enfermeras	_____	_____	_____
Trabajadora Soc.	_____	_____	_____
Paramédicos	_____	_____	_____
Secretarias	_____	_____	_____
Otros	_____	_____	_____

B. Recursos Físicos

La cantidad de material y equipo es:
Suficiente?

Sí _____ No _____ Por qué? _____

2. Describa las actividades que brinda al paciente en:

A. Consulta Externa

B. Visita Domiciliaria

C. Clínica Móvil

3.Cuál es su opinión sobre el Programa, se siente satisfecho con el desarrollo del mismo?

4. Cree Ud. que se puede implementar este tipo de Programa en otras instituciones?

Sí _____ No _____ Porqué?

ANEXO No.2

2.1. Normas de la Consulta Externa

2.2. Normas de la Clínica Diabética

ANEXO 2.1.

HOME CARE SAN FERNANDO NORMAS DE CONSULTA EXTERNA

OBJETIVO

Proveer a las Enfermeras de H.H.C.P. guías uniformes para la correcta operación de la Consulta Externa.

PROPOSITO

Definir la función de la Enfermera en la Consulta Externa de H.H.C.P.

La Enfermera asignada a Consulta Externa tendrá las siguientes responsabilidades:

1. Atenderá a todos los pacientes citados, y no citados que asisten a Consulta Externa, antes y después que sean evaluados por el Médico.
2. Mantendrá limpio y en orden el área de Consulta Externa.
3. Asistirá al Médico durante el examen físico completo.
4. Mantendrá equipado el área de materiales suplidos.

PROCEDIMIENTOS

La Enfermera de H.H.C.P. asignada a Consulta Externa realizará las siguientes actividades:

1. Revisar los consultorios, el área de enfermería, los materiales y equipo para verificar si todo está limpio y en orden, antes de atender a los pacientes.

2. Notificar todo equipo dañado a la secretaria para posteriormente enviar la orden de reparación.
3. Verificar el curso de pacientes citados.
4. Atender a los pacientes citados por orden de llegada con excepción de los pacientes en Cuarto de Urgencia y/o espera.
5. Recibir al paciente en la consulta y efectuará las anotaciones en el expediente con el sistema de Soap.
 - a. Registro de Signos Vitales.
 - b. Peso.
 - c. Orientar al paciente y familiares, antes y después de la evaluación médica.
 - d. Registrar en la cuadrícula de O.P.C. todas las anotaciones pertinentes.
6. Entregar los expedientes a las secretarias para su posterior archivo.
7. Al finalizar la jornada dejar el área de trabajo limpia y en orden.

HORARIO DE LA CLINICA

Lunes	8:40 a.m.	-	12:00 m.d.
	1:00 p.m.	-	4:00 p.m.
Martes	1:00 p.m.	-	4:00 p.m.
Miércoles	8:40 a.m.	-	12:00 m.d.
	1:00 p.m.	-	4:00 p.m.
Jueves	1:00 p.m.	-	4:00 p.m.
Viernes	8:40 a.m.	-	12:00 m.d.
	1:00 p.m.	-	4:00 p.m.

ANEXO 2.2.

HOME CARE SAN FERNANDO NORMAS DE CLINICA DIABETICA

OBJETIVO

Proveer a las Enfermeras de H.H.C.P. guías uniformes para la correcta operación de la Clínica Diabética.

PROPOSITO

Definir el cuidado y atención del paciente Diabético; la operación de la clínica y la responsabilidad de la Enfermera en la misma.

La Enfermera de H.H.C.P. asignada a la Clínica Diabética es responsable del desarrollo adecuado en la misma.

La Enfermera de H.H.C.P. tendrá las siguientes responsabilidades:

1. Atender a todos lo pacientes diabéticos que asisten a sus citas, incluyendo a los que no estén citados.
2. Mantener un adecuado suplido de los materiales y equipo en la Clínica Diabética.
3. Proveer un programa educativo a través de charlas y demostraciones a los pacientes diabéticos sobre su enfermedad.
4. Organizar visitas domiciliarias y si es necesario consultará con el médico.
5. Revisar los equipos, materiales y refrigerio el día de la clínica anterior, de manera que se solicite con tiempo lo que se necesita.

EQUIPO NECESARIO

1. Instrumentos:

- a. Glucómetro.
- b. Jeringuilla de 10 cc.
- c. Aparato de Presión Arterial.
- d. Tubo de laboratorio para Química y Hemograma.
- e. Recipientes para Urinálisis.
- f. Torniquete.
- g. Algodón.
- h. Alcohól (prep.)
- i. Aguja y lancetas de glucómetro.
- j. Recetarios.
- k. Formularios de laboratorios.

2. Alimento y materiales para refrigerio.

- a. Café.
- b. Té.
- c. Galletas de soda.
- d. Azúcar de dieta.
- e. Leche.
- f. Vasos térmicos.
- g. Revolvedores.

ANEXO 3

3.1. Funciones y Responsabilidades del Director Médico.

3.2. Funciones y Responsabilidades del Médico Familiar Sector Pacífico.

3.3. Responsabilidad de la Enfermera Supervisora

3.4. Responsabilidades de las Enfermeras de HHCP

3.5. Responsabilidades de la Trabajadora Social de HHCP

3.6. Responsabilidad de las Secretarias de HHCP

3.7. Responsabilidad de los Conductores de la Ambulancia de HHCP

ANEXO 3.1.

Funciones y Responsabilidades del Director Médico

1. Responsable médico y administrativo.
2. Supervisar la Calidad de Atención.
3. Coordinar la Atención Médica Hospitalaria con la Clínica San Fernando en el Sector Pacífico y Centro Médico del Caribe en el Sector Atlántico.
4. Coordinar la atención que se brinda en las Clínicas de Especialidades.
5. Coordinar la atención que se brinda en el Cuarto de Urgencias.
6. Autorizar las admisiones y procedimientos quirúrgicos de urgencia.
7. Autorizar previamente todas las visitas a las Clínicas Especializadas.
8. Supervisar los Planes de Salida.
9. Obtener autorización de la P.C.C. para cirugías electivas, procedimientos ambulatorios, tratamiento oncológico, soporte nutricional, admisión en hogares o asilos, tratamientos prolongados, pacientes en Tercer Nivel, procedimientos efectuados en instituciones de salud fuera de las establecidas en el contrato.
10. Mantener y supervisar un Programa de Calidad de Atención.
11. Confeccionar y coordinar un Programa de Docencia.
12. Coordinar las reuniones mensuales del Equipo de Control de Calidad de Atención, de la Clínica San Fernando y P.C.C.
13. Seleccionar al Cuerpo Médico del Programa junto con el Director Médico de la Clínica San Fernando.
14. Reporte mensual de las Actividades Médicas a la P.C.C. y al Director Médico General de la Clínica San Fernando.
15. Reporte semanal del censo hospitalario para la P.C.C.

y al Director Médico General de la Clínica San Fernando.

16. Establecer las normas de atención y programas de calidad, de acuerdo con el contrato establecido.
17. Supervisar la evaluación de todo el personal del Programa.
18. Confeccionar la lista de turno mensual de los Médicos de Cobertura.
19. Revisión de los expedientes clínicos, tanto de la Consulta Externa como de los pacientes hospitalizados.
20. Identificar las necesidades de entrenamiento de personal.
21. Visitas intrahospitalarias con los Médicos Especialistas y de Cobertura.
22. Establecer un programa de calidad total, para el equipo multidisciplinario.
23. Supervisar a la Enfermera Jefa del Programa.
24. Supervisión directa a los Médicos Familiares.
25. Hacer válidas y contestar todas las quejas de los pacientes del Programa.
26. Coordinar el Programa económico de la atención.
27. Supervisar la atención de los pacientes que están en Asilos.

ANEXO 3.2.

FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL MEDICO FAMILIAR SECTOR PACIFICO

1. ATENCION DE PACIENTES
 - Consulta Externa
 - Clínicas Móviles
 - Clínica de Diabetes
 - Domicilio y Asilos
 - Urgencias
 - Salas
2. ATENCION DE FAMILIARES PARA ORIENTACIÓN SOBRE ENFERMEDADES Y PADECIMIENTOS.
3. AUTORIZACIÓN SOBRE PRESTAMOS DE MATERIALES ORTOPÉDICOS Y MÉDICOS QUIRÚRGICOS.
4. CONFECCIÓN DE RECETAS DE USO PROLONGADO.
5. ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS.
6. CONFECCIÓN DE CERTIFICADOS DE SALUD, HOSPITALIZACIÓN, ASISTENCIA Y DEFUNCIÓN.
7. MEDICO DE ENLACE ENTRE MÉDICOS DE COBERTURA Y DIFERENTES ESPECIALIDADES CON EL H.H.C.P.
8. SUPERVISIÓN Y ADIESTRAMIENTO MEDICO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, PARAMÉDICOS Y DEMÁS FUNCIONARIOS.
9. DISCUSIÓN INTEGRAL DE LOS PACIENTES CON PROBLEMAS ESPECIALES.
10. CONTROL DE LOS PACIENTES POST HOSPITALIZADOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS.
11. CONTROL DE LAS REFERENCIAS HACIA LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES MEDICAS SEGÚN PROCEDIMIENTO.
12. PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN Y CONFECCIÓN DE LOS PLANES DE SALIDA DE CADA PACIENTE HOSPITALIZADO, CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA H.H.C.P.

13. PARTICIPACIÓN EN EL CONTROL DE CALIDAD EN LAS ACTIVIDADES AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS.
14. DISCUSIÓN CON EL DIRECTOR MEDICO Y SUPERVISORA DEL PROGRAMA SOBRE LOS DIFERENTES PLANES Y METAS A CONSEGUIR PARA MEJORAR LA ATENCIÓN.
15. REALIZAR EVALUACIÓN FÍSICA Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS NECESARIOS A LOS BENEFICIARIOS CADA AÑO.
16. LLEVAR REGISTRO DE LAS VISITAS A DOMICILIO Y LA ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA CON EL USO DE MEDICAMENTO.
17. REVISIÓN PERIÓDICA CADA TRES MESES DE LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS POR LOS BENEFICIARIOS.
18. ELABORACIÓN DE LA ESTADÍSTICA MENSUAL DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTES.

ANEXO 3.3.

RESPONSABILIDADES DE LA ENFERMERA SUPERVISORA

1. Planear, dirigir y supervisar las funciones de las Enfermeras y Trabajadoras Sociales, asignadas al Programa de Calidad de Atención.
2. Establecer un programa de Calidad de Atención y normas de cuidados de enfermería.
3. Planificar y supervisar las funciones realizadas por el personal administrativo y conductores del Programa.
4. Mantener a disposición del Programa, un suministro de equipo hospitalario y medicamentos para las necesidades de los pacientes de Consulta Externa, Clínica Móvil, Visitas Domiciliarias y Hogares de Ancianos.
5. Mantener la comunicación y la coordinación con los Médicos, Enfermeras, personal hospitalario, clínicas, hogares de ancianos, representantes de la comisión y otros, que requiere el Programa, para una efectiva calidad de atención.

FUNCIONES DE LA ENFERMERA SUPERVISORA

1. Organizar los turnos y actividades del personal (Trabajadores Sociales, Secretarias, Conductores, Enfermeras), para cubrir los servicios de las diferentes clínicas que requiere el Programa.

2. Supervisar las actividades realizadas por el personal del Programa, y establecer procedimientos para asegurar la buena calidad de atención al paciente y familiar y dar guía a los mismos.
3. Implementar normas y procedimientos en los diferentes servicios que ofrece el Programa, para mantener la buena comunicación.
4. Participar en las reuniones con el equipo del Programa, con el personal de enfermería, los jefes de otros departamentos y los Supervisores de la P.C.C., para mantener los buenos cuidados de atención a los pacientes.
5. Estimular al personal del Programa, para fomentar la buena relación interpersonal.
6. Supervisar y participar en el Plan de Salida, para una buena continuidad de cuidados en casa.
7. Evaluar el desempeño del personal de Enfermería, Trabajadora Social, Secretarias y Conductores.
8. Asegurar que las Enfermeras y la Trabajadora Social, eduquen, instruyan e informen a los pacientes y familiares sobre la salud, cuidado y prevención de enfermedades.
9. Revisar los expedientes de los pacientes intra y post-hospitalarios, para evaluar el trabajo desempeñado por las Enfermeras y Trabajadores Sociales.
10. Asegurar que los materiales, equipos y medicamentos, estén disponibles para suplir las necesidades de los pacientes.

ANEXO 3.4.

RESPONSABILIDADES DE LAS ENFERMERAS DE H.H.C.P.

1. Supervisar los cuidados en el domicilio de los pacientes del Programa que lo requieren, basándose en sus necesidades prioritarias, para evitar la frecuente hospitalización mediante su orientación sobre el uso de métodos preventivos, la detección prematura de los signos y síntomas que pueden causar invalidación e invalidez permanente.
2. Trabajar con los pacientes, familiares, custodios, personal médico, de enfermería y el equipo administrativo de cuidado en el hospital; para planear los requisitos para dar de alta al paciente.
3. Asistir y educar a los pacientes y personas responsables de sus cuidados en el manejo de problemas, asociados con las enfermeras; en sus hogares, y en las diferentes clínicas del Programa (diabética, móvil, de pago, especialistas y consulta externa).
4. Documentar las notas de enfermería, utilizando el método de Soapier.
5. Participar en la confección de las estadísticas semanales y mensuales.

11. Supervisar la atención de los pacientes y familiares en las diferentes clínicas y en el área intra-hospitalaria.
12. Participar en los reportes diarios sobre los pacientes en las Visitas Domiciliarias e intra-hospitalarias para mantener el trabajo en equipo y brindar efectiva atención a pacientes.
13. Confeccionar estadísticas mensuales.
14. Identificar las necesidades de entrenamiento del personal y fomentar el desarrollo profesional de los mismos.
15. Coordinar con el Director Médico todas las actividades que se realizan en el Programa; de manera que se obtenga un buen trabajo en equipo.
16. Reunión mensual con el personal del Programa, para escuchar sus inquietudes y brindarles solución si es posible.
17. Participar en el plan de actividades con el personal asignado para identificar las metas y necesidades de los pacientes, y brindar continuidad de atención en casa.
18. Funciones administrativas.

ANEXO 3.4.

RESPONSABILIDADES DE LAS ENFERMERAS DE H.H.C.P.

1. Supervisar los cuidados en el domicilio de los pacientes del Programa que lo requieren, basándose en sus necesidades prioritarias, para evitar la frecuente hospitalización mediante su orientación sobre el uso de métodos preventivos, la detección prematura de los signos y síntomas que pueden causar invalidación e invalidez permanente.
2. Trabajar con los pacientes, familiares, custodios, personal médico, de enfermería y el equipo administrativo de cuidado en el hospital; para planear los requisitos para dar de alta al paciente.
3. Asistir y educar a los pacientes y personas responsables de sus cuidados en el manejo de problemas, asociados con las enfermeras; en sus hogares, y en las diferentes clínicas del Programa (diabética, móvil, de pago, especialistas y consulta externa).
4. Documentar las notas de enfermería, utilizando el método de Soapier.
5. Participar en la confección de las estadísticas semanales y mensuales.

FUNCIONES DE LAS SECRETARIAS DE H.H.C.P.

1. Control de asistencia del personal y reporte de sobretiempo.
2. Actualizar censo de los pacientes hospitalizados.
3. Confeccionar y mantener actualizados los formatos que se utilizan en el Programa.
4. Confeccionar las estadísticas mensuales y alimentar la computadora de los datos concernientes a las diferentes actividades.
5. Confeccionar memorándums y escritos diarios.
6. Participar en las reuniones administrativas con la P.C.C. y otros, y tomar datos para las agendas.
7. Realizar mensajería y pedidos al almacén.
8. Archivar documentos.

ANEXO 3.5.

RESPONSABILIDADES DE LA TRABAJADORA SOCIAL DE H.H.C.P.

1. Realizar visitas domiciliarias a pacientes con poder legal, cada tres meses, incluyendo los asilos y casos referidos.
2. Procesar préstamos y devolución de equipo hospitalario, con previa autorización médica.
3. Atender pacientes en las clínicas móviles, de pagp, diabética y consulta externa.
4. Realizar rondas a los pacientes hospitalizados y organizar su salida desde el punto de vista de Trabajo Social.
5. Mantener buenas relaciones con el equipo de H.H.C.P. y otras entidades relacionadas con la atención de nuestros pacientes.
6. Confeccionar estadísticas mensuales.
7. Brindar atención individual y/o familiar a los pacientes que pertenecen al Programa.

FUNCIONES DE LA TRABAJADORA SOCIAL DE H.H.C.P.

1. Programar las visitas domiciliarias de los pacientes con poder legal, con un mes de anticipación y enviarlo a la P.C.C.

2. Documentar en los expedientes de los pacientes, las consultas, visitas domiciliarias, entrevistas, atención individual y/o familiar, préstamos y devoluciones de equipo.
3. Mantener un récord de los préstamos y devoluciones de equipo hospitalarios.
4. Participar en el Plan de Salida, individualmente y con el equipo del Programa.
5. Coordinar con el equipo de H.H.C.P., médico tratante y otras entidades de salud y/o sociales, para brindar una buena atención al paciente y familiar.
6. Realizar actividades administrativas y sociales, para brindar una calidad de atención y de trabajo.

ANEXO 3.6.

RESPONSABILIDADES DE LAS SECRETARIAS DE H.H.C.P.

1. Hacer planilla del personal de H.H.C.P. (Sector Atlántico y Pacífico).
2. Administrar y registrar a todos los pacientes del Programa.
3. Confeccionar censo semanal de los pacientes hospitalizados (Sector Atlántico y Pacífico).
4. Mantener expedientes en orden y actualizados, con los reportes de los médicos, enfermería, trabajo social y otros; según lo prescrito en el Programa.
5. Mantener formatos actualizados.
6. Realizar, recibir y documentar llamadas telefónicas de los pacientes o familiares, sobre la atención del mismo.
7. Manejar y alimentar la computadora con datos estadísticos o información del Programa.
8. Confeccionar minuta semanal y mensualmente, sobre las reuniones que se realizan en relación al Programa.
9. Organizar las citas de los pacientes de Consulta Externa, Especialistas, Fisioterapia, Rayos X y otros.
10. Realizar actividades administrativas.

FUNCIONES DE LAS SECRETARIAS DE H.H.C.P.

1. Control de asistencia del personal y reporte de sobretiempo.
2. Actualizar censo de los pacientes hospitalizados.
3. Confeccionar y mantener actualizados los formatos que se utilizan en el Programa.
4. Confeccionar las estadísticas mensuales y alimentar la computadora de los datos concernientes a las diferentes actividades.
5. Confeccionar memorándums y escritos diarios.
6. Participar en las reuniones administrativas con la P.C.C. y otros, y tomar datos para las agendas.
7. Realizar mensajería y pedidos al almacén.
8. Archivar documentos.

ANEXO 3.7.

RESPONSABILIDADES DE LOS CONDUCTORES DE LA AMBULANCIA DE H.H.C.P

1. Transferir a los pacientes del programa, que tienen formulario de transferencia completo. (de la casa al hospital o viceversa).
2. Realizar mensajería dentro y fuera del área hospitalaria.
3. Coordinar con el Jefe de Mantenimiento, el control y mantenimiento del transporte.

FUNCIONES DE LOS CONDUCTORES DE LA AMBULANCIA DE H.H.C.P.

1. Transferir a los pacientes de H.H.C.P. que lo ameritan o que tienen limitaciones físicas, a las citas de Consulta Externa, Clínica Diabética, con especialistas, Clínica Móvil y otros departamentos para exámenes especiales y viceversa.
2. Transferir a los pacientes de H.H.C.P. que estén hospitalizados y que lo ameritan, a su casa el día de su salida.
3. Realizar mensajería dentro y fuera del área hospitalaria, por orden del Director Médico de H.H.C.P. y/o la Enfermera Supervisora.

4. Llevar un buen control por escrito, del mantenimiento del transporte, de la gasolina y kilometraje recorrido durante las transferencias de los pacientes y otros.
5. Notificar inmediatamente cualquier accidente o contratiempo, con el vehículo, y buscar siempre la vía legal.
6. Colaborar con el conductor de las Visitas Domiciliarias, cuando sea necesario.

ANEXO No. 4

MORBILIDAD MAS FRECUENTE ENTRE LOS PACIENTES DEL PROGRAMA HOME CARE 1994

- 4.1. Hipertensión Arterial**
- 4.2. Osteoporosis**
- 4.3. Patologías Oculares**
- 4.4. Cardiopatías**
- 4.5. Diabetes**
- 4.6. Prostatitis**
- 4.7. Enfermedad Pulmones obstructivos crónica.**
- 4.8. Neumonía y Bronconeumonía**
- 4.9. Enfermedades Renales**
- 4.10. Enfermedad de Parkinson**
- 4.11. Cáncer**
- 4.12. Hipertiroidismo**

4.1. HIPERTENSIÓN EN EL ANCIANO

La frecuencia de la hipertensión aumenta con los años y se acompaña de complicaciones cardiovasculares.

La hipertensión es una falla homeostática en la relación entre el gasto cardíaco, la resistencia vascular periférica total y el volumen intravascular. La falla homeostática en la hipertensión primaria consiste en un aumento en la resistencia vascular a nivel arterial.

La hipertensión constituye un factor de riesgo para las enfermedades cerebro vasculares, hemorragias intracerebrales, aneurisma aórtico, insuficiencia cardíaca congestiva y la vasculopatía periférica ,tanto en individuo de mediana edad como en los de más de 65 años.

Muchos estudios han demostrado que la presión arterial sistólica y diastólica aumentan con la edad en mujeres y varones, la presión arterial sistólica sigue elevándose con cada decenio sucesivo durante toda la vida adulta, en tanto que la presión diastólica tiende a alcanzar una meseta después de los 40 a 50 años de edad.

El hipertenso de edad avanzada corre mayor riesgo de presentar síndrome cerebral crónico, demencia senil, aneurisma aórtico abdominal o insuficiencia cerebral periférica.

La reducción de la presión sanguínea atenuará los síntomas de angina de pecho, insuficiencia cardíaca congestiva y regurgitación aórtica y mitral. Los pacientes geriátricos experimentan una mayor

frecuencia de efectos indeseables con los agentes farmacológicos por lo que es importante dar atención especial a la calidad de vida del paciente.¹

RESPECTO DEL TRATAMIENTO

La fase uno consiste en el tratamiento de diuréticos. Las personas mayores son más sensibles a los diuréticos y desarrollan hipopotasemia con mayor facilidad que los individuos más jóvenes.

La fase dos añade un agente antihipertensivo a los diuréticos. En las personas mayores, se iniciarán a bajas dosis, elevándose después gradualmente, prestando atención particular a evitar la hipotensión ortostática.

En las personas mayores libres de insuficiencia cardíaca congestiva o regurgitación aórtica o mitral, el objetivo habitual de la terapia antihipertensiva es mantener la presión sanguínea de 150/80 a 160/90.

La vigilancia a largo plazo representa un elemento fundamental para el éxito de tratamiento hipertensivo. Las tensiones diastólicas que oscilan en un principio entre 115 y 129 mmHg. requieren una revisión por semana hasta que puedan dominarse los valores. Si la presión diastólica inicial es inferior a 115 mmHg., el intervalo entre consultas puede fluctuar entre dos y seis semanas.²

¹ CLINICA MEDICA NORTEAMERICANA. Vol.2. Medicina Geriátrica. Clínica Interamericana. (España, 1987) pág. 403

² Thomas Walshe. **Manual de Problemas Clínicos en Medicina Geriátrica.** (España, 1990). pág.146.

4.2. OSTEOPOROSIS

Entidad clínica en la cual el hueso esquelético tiene características normales pero cantidad deficiente, es decir, que disminuye la masa total del esqueleto, pero su forma, composición y morfología son normales, existe un bajo contenido de mineral en los huesos, comprobado mediante medición estática del hueso anatómico.

La resistencia del hueso es uno de los factores que influyen en la incidencia de las fracturas; son también importantes la frecuencia de las caídas y la integridad del mecanismo defensivo de la persona.

Existen opiniones controvertidas acerca de la patogénesis, prevención y tratamiento de la osteoporosis y aspectos que coinciden, tales como:

- Pérdida y transparencias óseas.
- El ejercicio y el consumo de calcio en la dieta.
- Terapia con estrógeno y progestógeno.

Entre otros factores: el mantenimiento del peso corporal a un nivel ideal ayudará a conservar la masa ósea. El hábito de fumar reduce la masa ósea porque contribuye a reducir el peso y en las mujeres adelanta la edad en que ocurre la menopausia, posiblemente como consecuencia de sus efectos antiestrogénicos. El consumo excesivo de alcohol también contribuye a reducir la masa ósea en la tercera edad.

Dentro del tratamiento de la osteoporosis se incluyen procedimientos destinados a alentar y tranquilizar al paciente, controlar el dolor, mantener la movilidad, posiblemente en ciertos casos, el uso de estrógeno para demorar el deterioro óseo.

La administración de calcio, con vitamina D o sin ella, para estimular la absorción, no ha hecho que se retenga calcio en forma demostrable, excepto por un período breve.

La prevención de fracturas es una parte importante en el tratamiento de la osteoporosis.

los accidentes son algunas de las causas principales de muerte en el anciano, y la mayor parte de los que llevan a la muerte, lo constituyen las fracturas.

Las dos zonas más peligrosas para los ancianos son las calles y el cuarto de baño. Los que tienen marcha inestable deben contar con un bastón, y se les indicará que nunca salgan de su casa sin él. Conviene que las tinas tengan barandales. Hay que quitar los tapetes y alfombras pequeñas, se debe fijar al suelo los bordes libres de tapetes de mayor tamaño. El anciano suele sufrir fractura vertebral al cargar un peso importante, a menudo a un nieto, o al intentar abrir una ventana corrediza. Hay que recomendar a los ancianos que no carguen mucho peso.

Todos los individuos con osteoporosis sintomática son difíciles de tratar y por esta causa, el curso global de la osteoporosis suele caracterizarse por largos períodos en que el individuo no tiene dolor ni

fractura, pueden continuar siendo activos y no sufrir dolor, incluso después de varias fracturas dolorosas y deformidad vertebral importante. Por esta razón, los ancianos osteoporóticos deben ser tratados con la mira de reintegrarlos a sus actividades. El mantenimiento del peso corporal a un nivel ideal o un poco más elevado, ayudará a conservar la masa ósea. ¹

¹ OMS, La salud de las personas de edad. Informe No.779. (Ginebra, 1989) p.44.

4.3. PATOLOGÍAS OCULARES

La ancianidad viene acompañada de cambios en la sensibilidad a los contrastes, la adaptación a la oscuridad y la fijación visual.

GLAUCOMA

El glaucoma, trastorno fundamentalmente de la edad geriátrica, constituye una causa muy importante de ceguera y, al igual que la hipertensión, provoca muy pocos síntomas hasta sus estadios mas avanzados, en que la visión ya es irrecuperable. Es importante la medición de la presión intraocular.

CATARATAS

Es la opacidad del cristalino, las cataratas constituyen el problema ocular más ampliamente difundido entre los ancianos. La pérdida de visión es gradual, no hay dolor, y el oscurecimiento de la visibilidad se compara con la colocación de un velo frente al ojo.

Es sumamente importante valorar tanto la agudeza visual como el grado de impotencia funcional que el enfermo de catarata experimente en apariencia.

En los pacientes de más de 40 años es posible efectuar sin riesgos la extracción intracapsular de la catarata, después de desbridar las adherencias existentes entre el cristalino y el cuerpo vítreo; tiene la ventaja de que se repara la catarata por completo.

4.4. CARDIOPATÍAS

En la mayoría de los casos, se desconoce la causa de las anomalías cardíacas, pero se sospecha que factores como infecciones virales, radiación y rasgos genéticos pueden tener un efecto nocivo.

Una característica común de las enfermedades cardíacas es el soplo.

El soplo cardíaco más corriente en el anciano es el soplo sistólico aórtico funcional que resulta de la dilatación del anillo aórtico y de la aorta ascendente.¹

* La insuficiencia cardíaca congestiva

Representa la expresión de múltiples problemas a nivel del corazón en los ancianos. Cuando el corazón se encuentra bajo una tensión anormal, debido a problemas o pérdida del tejido muscular cardíaco, insuficiencia valvular, resistencia pulmonar aumentada, el gasto cardíaco decae, el organismo reacciona tratando de adaptarse a la situación. Hay insuficiencia cardíaca cuando el corazón no puede bombear una cantidad de sangre adecuada a las necesidades metabólicas del organismo y al retorno venoso.

Aunque las cardiopatías isquémicas e hipertensivas responden de más de la mitad de los casos de insuficiencia cardíaca congestiva. El enfermo geriátrico manifiesta a menudo como sintomatología inicial, respiración jadeante, agitación, insomnio y confusión.

¹ CLÍNICAS MEDICAS DE NORTEAMÉRICA, *Medicina Geriátrica Clínica*, Vol. 2/1984, Ed. Interamericana. (España, 1984) pág.376.

El tratamiento está dirigido a disminuir el trabajo del corazón, mejorando a la vez el rendimiento y la contractilidad del mismo.

* La arteroesclerosis

Es la alteración más frecuente en la enfermedad arterial coronaria. Los factores predisponentes son: sexo, edad, antecedentes familiares, hiperlipidemia, diabetes, sacarina, hipertensión y de las mujeres, factores postmenopáusicos, así como todos los demás factores que predisponen a la hipertensión (obesidad, variaciones de la personalidad, tabaquismo y niveles altos de tensión nerviosa y emocional). La falta de actividad física, la intolerancia a la glucosa y las anomalías en el electrocardiograma también originan padecimientos.

Al igual que la hipertensión, la enfermedad coronaria suele pasar inadvertida hasta que causa suficiente reducción en el riego sanguíneo coronario para que se presenten síntomas. Así como la disminución del riego arterial causa dolor isquémico en las extremidades, la isquemia del miocardio generalmente causa un intenso dolor retroesternal que a menudo se irradia a los brazos y hombros.

Cuando el riego es inadecuado por corto tiempo, se dice que hay un cuadro de angina de pecho.

Cuando el riego se interrumpe permanentemente el tejido sufre necrosis y a este cuadro se le llama infarto del miocardio. ¹

¹ Ibld. pág. 378.

Las extrasístoles son contracciones ventriculares prematuras que se presentan en un gran número de enfermos con infarto a miocardio. La taquicardia ventricular puede estar precedida por episodios de extrasístoles ventriculares.

4.5. DIABETES

Aunque la diabetes constituye una causa significativa de mortalidad, su impacto generalmente ya es evidente mucho antes de que sobrevenga la muerte.¹

La diabetes es una enfermedad del metabolismo intermedio de los carbohidratos, proteínas y grasa, siendo el aspecto fundamental la insuficiente cantidad de insulina que puede relacionarse con problemas pancreáticos o de hipertiroidismo.²

La tolerancia a la glucosa se deteriora progresivamente con el paso de los años. En los adultos no obesos, los niveles de glucosa en ayunas se elevan aproximadamente en 2 mg/de cada década.

Con la edad avanzada, el volumen magro corporal (fundamentalmente muscular) se reduce dando lugar a un aumento en el porcentaje ocupado por la grasa. La nutrición precaria y la inactividad física también disminuye la tolerancia del anciano a la glucosa. El envejecimiento determina una menor sensibilidad tisular a la insulina.

COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS

PATOLOGIAS MACROVASCULARES

¹ OPS. **Las mujeres de edad media y avanzadas en América Latina y el Caribe.** (Washington, 1990) pág.101.

² Raquel Langerica. **Gerontología y Geriatría.** Interamericanos. (México D.F. 1987), pág.139.

Los trastornos macrovasculares en las personas mayores afectan los grandes vasos sanguíneos ocasionando una frecuencia elevada de infarto de miocardio, accidentes cerebrovasculares.¹

PATOLOGÍA VASCULAR PERIFÉRICA

Las vasculopatías periféricas, muy frecuentes en el paciente geriátrico diabético originan una mortalidad notable. Los principales factores de riesgo para este tipo de patologías, además de la hiperglicemia, son el hábito de fumar, la hiperlipidemia, la obesidad y la hipertensión. Cuando la patología vascular periférica es grave y sintomática, puede resultar útil una operación de derivación, pero la afección de la circulación colateral distal en el anciano diabético imposibilita a veces la intervención.

La retinopatía diabética, es una complicación incapacitante, se presenta en más de un 65% de los adultos que han padecido diabetes durante más de 10 años.

La nefropatía diabética: conduce al fracaso renal, que culmina con diálisis, trasplante.

¹ Thomas Walshe. Op. Cit. pág 149.

4.6. PROSTATITIS

La mayoría de los hombres de más de 60 años de edad experimentan cambios histológicos de hipertrofia e hiperplasia prostáticas.¹

La hiperplasia benigna de la próstata es causa frecuente de problemas urinarios en el anciano.

La próstata tiene particular importancia tanto en la vejez como en edades más tempranas, pues secreta el líquido prostático de reacción alcalina que forma el mayor volumen del líquido seminal.²

La próstata aumenta de volumen (prostatitis), comprime la uretra posterior, causando dificultad para expeler la orina, y la consecuente retención de esta que propicia nefritis por vía ascendente.

El síndrome de prostatitis es complejo y multifactorial, denota un conjunto de síntomas que incluye disuria y polaquiuuria.

Los 4 pasos para el diagnóstico de problemas prostáticos son:

- Historia
- Síntomas
- Exámenes (físico, rectal, urinálisis)
- Análisis de creatinina.³

Los síntomas de incontinencia, impotencia, obstrucción prostática y retención de orina son difíciles de expresar verbalmente para el paciente y el tratamiento entraña un desafío mayor. Cabe

¹ Thomas Walshe. *Op. Cit.* pág.179.

² Raquel Langarcia. *Op. Cit.* pág.52.

³ GERIATRICS MEDICINE FOR MIDLIFE AND BEYOND - PROSTATE DISEASE
Vol. 49 No.7. (Washington, Julio 1994) pág 32.

señalar que la infección prostática aguda a menudo se complica con cistitis aguda y aún con retención urinaria aguda.

Se puede observar hematuria, dolor en la espalda en sus porciones bajas, hay fiebre moderada a elevada , es de esperar que la orina sea turbia. ¹

La prostatitis crónica se produce por la invasión bacteriana de la uretra. El tratamiento inadecuado de la prostatitis aguda puede conducir a la forma crónica. Generalmente no hay síntomas, algunos pacientes presentan lumbalgia, o una fiebre ligera inexplicada. Cabe señalar que aunque la infección prostática crónica ocasiona daño por sí misma, las complicaciones que se originan de ellas son importantes.

¹ Donald Smith. **Urología General**, 7ma Ed. (México 1984). pág.158.

4.7. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

El término Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC) incluye un grupo de enfermedades en las que el único denominador común es la obstrucción al flujo aéreo, crónica y relativamente irreversible.

El proceso guarda relación evidente con el hábito de fumar cigarrillos, con la exposición prolongada a un ambiente altamente contaminado con polvos y humos, que provoca procesos bronquíticos repetidos, se suelen acentuar con la enfermedad, acelerando la pérdida funcional.

Existen dos tipos fundamentales de presentación de la EPOC., que son la Bronquitis Crónica (BC) y el Enfisema (E).

En general, la evolución patológica de la EPOC es irreversible. Sin embargo, un tratamiento médico óptimo es capaz de revertir parte del déficit fisiológico y a menudo de mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

Los pacientes con bronquitis crónica sufren inflamación crónica de sus vías aéreas u disfunción de los mecanismos de defensa normales.

Los broncodilatadores han de ser la piedra angular en el tratamiento EPOC.

El enfisema, es un estado caracterizado por aumento exagerado del tamaño de todos los espacios aéreos situados más allá de los bronquiolos terminales, con destrucción de la pared alveolar.

Desde el punto de vista clínico el enfisema se compone de un conjunto de signos y síntomas que son: olignea, sobre carga de aire en los pulmones, insuficiencia cardíaca congestiva y deterioro clínico general.

El aparato respiratorio afectado de EPOC es muy susceptible a la infección, por lo que se agrava el cuadro y aumenta el riesgo de muerte por choque séptico.

El oxígeno por sonda nasal continua está indicado para combatir la hipoxemia, fluidificar secreciones mediante inhalaciones, administrar antibiótico si el esputo es purulento, e instruir al paciente para: Evitar actividades que produzcan disnea, evitar exposición a irritantes respiratorios, prevenir infecciones respiratorias, conservación del estado general, favorecer la fuerza muscular respiratoria.

4.8. NEUMONÍA Y BRONCONEUMONÍA

La frecuencia de infecciones respiratorias en los ancianos y las tasas de mortalidad por esta causa son muy elevadas, en especial por procesos neumónicos y bronconeumónicos.

El término neumonía o su equivalente neumonitis se usa para referirse a la inflamación del pulmón.

La bronconeumonía es la inflamación de bronquios y pulmones. La enfermedad comienza en los bronquios y se extiende al parénquima de los pulmones, donde forma focos de hepatización, se caracteriza por fiebre, disnea, alteración del ritmo respiratorio, estado general grave.

En el anciano es frecuente la bronquitis crónica que ante ciertas condiciones individuales o ambientales se exacerba y genera cuadros de bronquitis aguda. El tratamiento se fundamentará en el estado del paciente y en el resultado del esputo. Se debe favorecer la expulsión de secreciones mediante la hidratación del paciente, humedeciendo el aire, induciendo la tos, evitar fármacos que deprimen el reflejo tusígeno o la actividad ciliar, cambio de postura frecuente, dieta blanda para evitar estreñimiento.¹

¹ Raquel Langarcia. **Op. Cit.** (pág. 124)

4.9. ENFERMEDADES RENALES

Se acepta que al avanzar la edad hay disminución gradual de la función de muchos órganos. Los riñones son los órganos más susceptibles a las alteraciones funcionales provocada por la edad. Los cambios renales se manifiestan por alteraciones estructurales y cambios en la función renal; disminuye el caudal sanguíneo renal, el índice de infiltración glomerular y la resorción tubular renal disminuyen, los riñones tienen capacidad limitada para enfrentarse a cambios hemodinámicos rápidos o a perturbaciones en el balance de líquidos y electrolitos, lo cual origina síntomas y signos de disfunción renal.

En los pacientes ancianos, aumenta la frecuencia de nefropatías primarias. La enfermedad más corriente es la glomerulopatía primaria aguda, seguida de la glomerulonefritis.

La nefropatía tubulo intersticial aguda o crónica por medicamentos se encuentra más frecuentemente en el grupo geriátrico, por la mayor frecuencia de tratamiento con muchos fármacos.

Las manifestaciones clínicas de la nefropatía en el anciano suelen ser atípicas e inespecíficas. Los signos y síntomas anormales a menudo se atribuyen a enfermedades extrarrenales o a trastornos previos. Por ello, a veces la nefropatía en el anciano puede pasar inadvertida.

Las manifestaciones clínicas más corrientes de nefropatía son edema, disnea, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea e infecciones.

La depuración de la creatinina es la prueba más exacta para valorar la función renal.¹

También se utiliza la prueba hemática para la determinación de la urea, cifras mayores de 25 mg% son indicativas de trastornos en el metabolismo de sustancias nitrogenadas, deshidratación o pérdida sanguínea.

El análisis de una muestra de orina, en caso de existir enfermedad renal, mostrará cambios significativos en la densidad o peso específico, que será superior a 1020.

¹ CLINICAS MEDICAS DE NORTEAMERICA. Vol 2/1983. **Medicina Geriátrica Clínica**. Interamericana. (España, 1983) pág.451 - 462.

4.10. ENFERMEDAD DE PARKINSON

El parkinsonismo suele ocurrir después de los 55 años y es muy frecuente en los varones. Hay alteración del sistema extrapiramidal. Los pacientes con enfermedad de Parkinson suelen presentar temblor y manifiestan bursitis o se quejan de falta de equilibrio. Quizás incluso el 50% de los pacientes presenten deterioro cortical importante, tengan dificultad para recordar nombres y manifiesten disminución del vigor, la motivación y el criterio. El tratamiento actual ha mejorado pero no ha curado el padecimiento.¹

El paciente con parkinson tiene tres características : su postura, su rigidez y su inmovilidad. La inmovilidad o hipocinosia es muy llamativa. Al caminar, no balancea los miembros inferiores. Se observan trastornos motores, como el temblor, la articulación de la palabra es temblorosa y los movimientos voluntarios de miembros superiores son irregulares, lo que explica el titubeo para alimentarse, explica la frecuencia con que un anciano derrama los alimentos líquidos.²

En el parkinsonismo uno de los síntomas erdógicos más molesto es la disfunción de la micción, la polaquiuria, el espasmo vesical y la incontinencia de estos pacientes a veces mejoran con los medicamentos antiparkinsonianos, pero el efecto anticolinérgico desencadena retención y aumento de la orina.

¹ CLINICAS MEDICAS DE NORTEAMERICA. Vol 2/1989. **Medicina Geriátrica Clínica.** Interamericana. (España, Marzo 1987) pág. 351.

² Raquel Langarcía. **Op. Cit.** Pág. 127

La valoración del parkinsoniano se dificulta debido a la carencia de expresión facial, la disminución del ritmo del habla, carencia de afecto en general, sin embargo la capacidad mental se encuentra sin alteraciones.¹

¹ Stewart Brooks. **Guía Para el Exámen Profesional de Enfermería.**
(México, 1991) pág. 84.

4.11. CÁNCER

- CÁNCER DEFINICION GENERAL**
- CÁNCER DEPRÓSTATA**
- CÁNCER DEL PULMÓN**
- CÁNCER MAMARIO**
- CÁNCER DE COLON Y RECTO**
- CÁNCER DEL ENDOMETRIO**

CÁNCER

DEFINICIÓN GENERAL

La frecuencia del cáncer se incrementa en las personas mayores de 60 años. Este hecho puede atribuirse a que el sistema inmunitario del anciano está alterado y da respuestas débiles, o al contrario, estimula el proceso canceroso en lugar de inhibirlo.

Los síntomas y los signos varían según el sitio de implantación del proceso canceroso.

Tres son los síntomas inespecíficos más notables: la anorexia, la pérdida de peso y la caquexia.

CÁNCER DE PRÓSTATA

Es una enfermedad de varones de edad media y ancianos y es el tumor más frecuente que aparece en varones mayores de 80 años. La frecuencia de cáncer prostático aumenta de manera progresiva con la edad. El tumor por lo general surge en el lóbulo posterior de la próstata donde se puede sentir como un módulo duro al tacto rectal. En la fase inicial es asintomático por lo que el tacto rectal es muy importante con un examen periódico al que debe someterse los hombres de más de 45 años.

Para el diagnóstico se hará biopsia de un módulo sospechoso con aguja por vía perineal o biopsia quirúrgica por el peritoneo, seguida de una prostatectomía radical si esta indicada.

El nivel de fosfatasa ácida en suero guarda correlación precisa con el volumen del tumor.

La quimioterapia en las fases avanzadas de la enfermedad ha proporcionado cierto alivio al dolor. El paciente anciano y su familia puede reconfortarse al saber que con la ayuda y supervisión médica y de enfermería continua podrá sobrevivir con comodidad los años que le restan.

CÁNCER DEL PULMÓN

El pronóstico en pacientes con cáncer del pulmón es insatisfactorio y los índices globales de supervivencia quinquenal van de 5 a 7 X 100.

Los estudios de detección radiográfica de los pacientes en alto riesgo a menudo no han sido satisfactorios, pero la combinación del estudio citológico frecuente de esputo, como método de detección y radiografía de tórax, a intervalos de tres a cuatro meses, puede permitir el descubrimiento temprano y la extirpación de algunos de estos tumores.

La quimioterapia por combinación es particularmente eficaz contra el carcinoma, incluye: la ciclofosfamida, oncovin, prednisona.

El empleo de goteo intravenoso de methotrexate en grandes dosis, seguido por leukovorin para corregir la toxicidad sistémica ha dado un elevado índice de respuesta.

CÁNCER MAMARIO

Es importante tomar en cuenta dos grupos de alto riesgo: como pacientes de enfermedad fibroquística, las que muestran secreción por el pezón, con antecedentes de tumores malignos o benignos de seno, con antecedentes familiar de cáncer de mama y con antecedentes de cáncer uterino.

La hormonoterapia ha asumido una gran importancia en el tratamiento de cáncer avanzado de mama. Se sabe que el cáncer de mama está compuesto de varios clones de células que muestra distintas características de crecimiento y bioquímica.

La hormonoterapia puede afectar uno o más clones, pero no obligadamente todas y puede haber una respuesta parcial o larga. Puede emplearse la quimioterapia por combinación.

El empleo de la quimioterapia ha resultado ser ventajoso en el control del cáncer avanzado de mama. <al igual que la combinación de la ciclofosfamida y la adiamicina.

CÁNCER DE COLON Y RECTO

Los varones de más de 50 años de edad son quienes padecen neoplasias malignas de colon y recto. La mayoría de las lesiones se pueden diagnosticar a través de un examen proctoscópico y sigmoidoscópico en hombres de más de 40 años que tengan síntomas: pueden presentar pérdida de peso, dolor de tipo cólico, diarrea,

hemorragia, alteración de los ganglios, de hábitos de defecación y síntomas de obstrucción.

El carcinoma del recto a menudo presenta hemorragia, tenesmo y cambio en el calibre de las heces.

El dolor abdominal secundario a tumores del colon y el recto, suele ser un síntoma tardío. Muchos de los carcinomas del colon y el recto surgen de pólipos adenomatosos, suele recomendarse extirpar todos los pólipos de mayor tamaño.

El tratamiento primario de un adenocarcinoma de colon es la cirugía. La radioterapia preoperatoria también mejora el índice de extirpabilidad al disminuir la masa del tumor.

El tratamiento es quirúrgico, consiste en resección amplia y colostomía permanente, a veces es necesaria la quimioterapia.

CÁNCER DEL ENDOMETRIO

Actualmente constituye un problema de gran importancia. La mujer perimenopáusica que tiene síntomas de irregularidades menstruales, hiperplasia adenomatosa, obesidad, diabetes, infertilidad, patrones menstruales anovulatorios son personas de alto riesgo.

El diagnóstico se confirma con legrado fraccionado o mediante el estudio de células anormales extraídas del útero por irrigación. En general la histerectomía es el tratamiento de elección si la cirugía está indicada.

El uso de la Depo-Provera, Megac, son compuestos progestacionales usados en el carcinoma del endometrio, puede lograrse una remisión adicional si se añade algún quimioterápico citotóxico a la progesterona.

HIPERTIROIDISMO

Las enfermedades tiroides no son raras en los ancianos. La frecuencia de nódulos tiroideos aumenta progresivamente con la edad; alcanza aproximadamente el 5% para los 60 años de edad. Las enfermedades tiroides son 3 a 14 veces más frecuente en las mujeres que en los varones de todas las edades.

El diagnóstico de hipertiroidismo o hipotiroidismo a menudo es tardío o pasa inadvertido en pacientes ancianos porque no se considera la posibilidad de enfermedad tiroidea.

Los síntomas suelen ser mínimos o atípicos, y hay tendencia a suponer que dependen del proceso normal de envejecimiento o de otras enfermedades que son más frecuentes en los ancianos sólo alrededor del 25% de los ancianos con hipertiroidismo tienen el aspecto característico intranquilo, hiperactivo y nervioso de pacientes jóvenes y menos del 50% presenta los signos oculares de hipertiroidismo.

La manifestación más corriente de hipertiroidismo en el anciano es pérdida de peso, que ocurre de un 75 a un 100% de los pacientes. Sin embargo, la anorexia es mucho más frecuente que el aumento del apetito y de manera análoga, estreñimiento, dolor abdominal, náuseas y vómitos.

Considerando estos síntomas, es comprensible que en muchos ancianos con hipertiroidismo se sospechen lesiones gastrointestinales malignas.

¹ CLINICAS MEDICAS DE NORTEAMERICA. Vol 2/1983. **Medicina Geriátrica** Clínica. Interamericana. (España, 1983). Pág. 487.

Se considera que el hipertiroidismo es una enfermedad auto inmunitaria causada por anticuerpos que estimulan aumento de la secreción de hormona tiroidea.

Las concentraciones de hormona tiroideas en el anciano con hipertiroidismo pueden estar en límites normales o presentar aumento mínimo. La prueba más sensible para hipertiroidismo es T4. Seneca esta aumentada en un 86% de los pacientes, también hay aumento del T3 ("Toxicosis T3").

El yodo radiactivo suele preferirse para el tratamiento del hipertiroidismo en ancianos por la sencillez de la administración y porque no se acompaña de riesgo operatorio.

La desventaja principal del yodo radioactivo es que su efecto es gradual y no suele ser completo tres meses después del tratamiento. Durante este lapso pueden ocurrir complicaciones que incluyen, insuficiencia cardíaca congestiva, infarto miocárdico agudo y embolia pulmonar y cerebral.

Los pacientes que son eutiroides tres meses después del tratamiento deben volver a valorarse tras un lapso de seis meses y después con intervalos anuales para buscar datos de hipotiroidismo después del yodo radioactivo.